



SR
ZORGVERZEKERAAR

Onderlinge Waarborgmaatschappij
"SR-Zorgverzekeraar" U.A.
K.v.K. Rotterdam 24249971

AANVULLING ZORG ROYAAL

ALGEMENE VOORWAARDEN

ART. 01 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1. Alternatief genezer**
Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend en als zodanig praktiserend en lid van een voorgeschreven, erkende beroepsvereniging.
- 2. AWBZ**
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 3. Basisverzekering**
De bij de Zorgverzekeraar ondergebrachte verzekeringen krachtens de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.
- 4. CTG**
Met inachtneming van hetgeen elders in de voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste vergoed de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).
- 5. EU- en EER-lidstaat**
Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Tevens de EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 6. Farmaceutische hulp**
De als zodanig voorgeschreven en bij ministeriële regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.
- 7. Maatschappij**
De aan de voorzijde van deze voorwaarden genoemde maatschappij.
- 8. Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medische overwegingen.
- 9. Rechtsbijstand**
Overeenkomstig de Algemene Voorwaarden van Rechtsbijstandverzekering van de N.V. D.A.S. Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij.
- 10. Verzekerde(n)**
Degene(n) die als verzekerde(n) worden aangemerkt en als zodanig op het polisblad is (zijn) vermeld.
- 11. Verzekeringnemer**
Degene met wie de verzekering is aangegaan.
- 12. Wachtijd**
Een periode, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering, waarbinnen voor genoten hulp en/of behandelingen geen aanspraak op vergoeding bestaat krachtens deze verzekering.
- 13. Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, kraaminrichting, revalidatiecentrum of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
In het buitenland wordt daaronder verstaan elke in dat land door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting waar verpleging, onderzoek en behandeling van zieken plaatsvindt.
- 14. Zorgverlener**
Een in Nederland gevestigde (huis)arts, specialist, verloskundige, verpleegkundige, ziekenverzorgende, kraamverzorgende, bewegingstherapeut (fysiotherapeut, manueeltherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, heilgymnast-masseur, chiropractor), diëtist, logopedist, kaakchirurg, orthodontist, tandarts, mondhygiënist, opticien, podotherapeut, (huid)therapeut en psycholoog/psychotherapeut die allen als zodanig door de bevoegde overheidsinstanties zijn erkend en geregistreerd.

15. Zorgverzekeraar

Onderlinge Waarborgmaatschappij 'SR-Zorgverzekeraar' U.A., gevestigd te Rotterdam (K.v.K. Rotterdam 24249971).

ART. 02 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer en de verzekerde aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door de verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens. Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van de verzekeringsnemer of de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de ter zake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht zich op vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

DOEL VAN DE VERZEKERING

Doel van deze verzekering is een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen van bepaalde in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven kosten, die niet of slechts gedeeltelijk op grond van de bepalingen van de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking komen. De verzekering is een aanvulling op de vergoedingen op grond van de Zorgverzekeringswet en kan dan ook uitsluitend totstandkomen in combinatie met een (verplichte) Basisverzekering bij de Zorgverzekeraar. Dit kan alleen indien en zolang krachtens beide verzekeringen dezelfde verzekerden zijn verzekerd.

De procedures om voor bepaalde kosten vergoeding te verlenen, ofwel op grond van de Zorgverzekeringswet ofwel uit deze verzekering, kunnen verschillend van aard zijn, aangezien de vergoedingen op grond van de Zorgverzekeringswet een wettelijke basis kennen.

OMVANG VAN DE VERZEKERING

ART. 03 MEDISCHE NOODZAAK

Tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald, bestaat er alleen recht op uitkering indien en voorzover tot het maken van de kosten een medische noodzaak aanwezig is en hiervoor door het CTG geldige tarieven zijn vastgesteld, zulks tot ten hoogste van het door het CTG vastgestelde tarief.

ART. 04 VERZEKERDE KOSTEN

Uitsluitend indien en voorzover de kosten niet of slechts gedeeltelijk in aanmerking komen voor vergoeding uit hoofde van de Zorgverzekeringswet worden (aanvullend) vergoed:

1. Acnébehandeling

Vergoed worden de kosten, mits op voorschrift van de behandelend arts, van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e), indien sprake is van een ernstige vorm van acné in het gelaat en/of hals, de middelen zijn uitgesloten van vergoeding;

2. Alternatieve geneeskundige hulp

Voor vergoeding komen in aanmerking (zowel de consulten als de door de betreffende behandelaar voorgeschreven medicatie mits deze voldoen aan de voorwaarden voor Farmacie zoals gesteld elders in deze polisvoorwaarden):

1. Acupunctuur: de kosten van consulten van een in Nederland gevestigde arts/acupuncturist, die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting (NAAS), de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) of de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
2. Antroposofische geneeskunde: de kosten van alle antroposofische behandelingen, voorzover deze worden verleend door een in

Nederland gevestigde arts of erkend therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) respectievelijk de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG);

3. Chiropractie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde chiropractor, die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of de Dutch Chiropractic Federation (DCF);
4. Natuurgeneeskunde: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die is aangesloten bij de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG);
5. Neuraaltherapie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die vermeld staat in het register van de Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie en Regulatietherapie (NVNR);
6. (Ortho)manuele therapie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die is aangesloten bij het Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG);
7. Osteopathie: de kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde therapeut, die staat geregistreerd bij de Nederlandse Registratieraad voor Osteopathie (NRO).
8. Homeopathie: De kosten van consulten verleend door een in Nederland gevestigde arts, die is aangesloten bij de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) en homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) zijn geregistreerd. De door een arts, die lid is van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuur Geneeskunde (ABNG) voorgeschreven homeopathische geneesmiddelen, voorzover deze worden geleverd door een apotheker of een apothekhoudende huisarts en mits de samenstelling van het voorgeschreven middel volledig bestaat uit homeopathische verdunningen of verwijvingen. Het homeopatisch middel (HM) moet geregistreerd staan in het Geneesmiddelen VergoedingsSysteem (ZIndex). Geen vergoeding wordt verleend voor ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen, voedingssupplementen en vitamines.
9. Haptotherapie: Vergoed worden de kosten van consulten bij een geregistreerd haptotherapeut (VVH).

Maximale vergoeding bedraagt € 1.250,- per verzekerde per kalenderjaar.

3. Bevalling

Voor verzekerden van het vrouwelijke geslacht wordt de eigen bijdrage als aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering vergoed van een (poli)klinische bevalling, welke niet op medische indicatie plaatsvindt.

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

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

5. Brillenglazen en contactlenzen

Vergoed worden de kosten van brillenglazen (inclusief montuur) of contactlenzen tot ten hoogste € 460,— per paar bij 4 of meer dioptriën. Alleen versterkende brillenglazen of contactlenzen komen voor

vergoeding in aanmerking. Per verzekerde bestaat recht op vergoeding van één paar per drie kalenderjaren. Onder contactlenzen worden verstaan dag-, week-, maand-, of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

6. Cursussen

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

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

7. Diëtist

Vergoed worden - als aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Zorgverzekeringswet - de kosten van voedingsadviezen door een diëtist.

8. Farmaceutische hulp

Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en de middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apothekhoudend huisarts. Op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Op basis van het vorenstaande omvat deze aanspraak:

- a. geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden geleverd;
- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
- c. de kosten van de eigen bijdrage op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld;
- d. de kosten van geregistreerde geneesmiddelen die buiten GVS vallen;
- e. middelen ter voorkoming van zwangerschap, anticonceptiemiddelen;
- f. polymere, oligomere, monomere en modulair dieetpreparaten overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - als gevolg van een ernstige slik-, passagetoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.
- g. bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening;
- h. verbandmiddelen;

Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:

- cosmetische middelen,
- genotmiddelen en medicinale wijnen,
- vermageringsmiddelen,
- andere dan eerder omschreven dieetpreparaten,
- versterkende middelen, voedingssupplementen en overige voedingsmiddelen,
- zelfzorgmiddelen (middelen die ook zonder recept verkrijgbaar zijn),
- vitaminepreparaten.

9. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden de kosten van kunstmatige inseminatie (K.I.), intra uterine inseminatie (I.U.I.) en de daarbij behorende hormoonbehandelingen bij ongewenste kinderloosheid van de verzekerde vrouw, mits op voorschrift van de behandelend arts. De maatschappij dient vooraf schriftelijk verklaard te hebben de kosten van hormoonbehandelingen voor haar rekening te nemen.

De kosten van in-vitrofertilisatiebehandelingen (I.V.F. en I.C.S.I.) zijn nadrukkelijk uitgesloten van vergoeding. Dit betreft tevens de hormoonbehandelingen.

10. Fysiotherapie

Vergoed worden de kosten van behandelingen fysiotherapie en manuele therapie, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.

De vergoeding betreft een onbepert aantal behandelingen fysiotherapie en maximaal 18 behandelingen manuele therapie per kalenderjaar. Vanaf de 19e behandeling dient de therapeut een aanvraag tot machtiging in te dienen.

De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut. Voor alle vormen van fysiotherapie geldt dat de therapeut moet zijn ingeschreven in het desbetreffende kwaliteitsregister. Dit geldt dus ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie en manuele therapie.

De volgende maximum vergoedingen gelden:

- Fysiotherapie € 26,00 per zitting
- Manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 39,00 per zitting.

11. Herstelingsoord

Vergoed worden de kosten van verblijf in een bij het Verbond van Nederlandse Herstelingsoorrganisaties aangesloten herstellingsoord, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts. De behandeling dient van te voren bij de maatschappij te zijn aangevraagd.

12. Hulpmiddelen

Als aanvulling op de Basisverzekering worden bovendien als hulpmiddel beschouwd door de behandelend arts voorgeschreven:

Enuresis-(plas)wekker, bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood, steunzolen alsmede zoeltjes voorgeschreven door een podotherapeut. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt in ieder geval verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen.

Daarnaast:

- A. Eigen bijdrage: komt volledig voor vergoeding in aanmerking mits dit eigen bijdragen zijn op aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen zoals bedoeld in de Regeling Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.
- B. Boven de maximale vergoeding: de kosten op aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen zoals omschreven in de Regeling Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zoals die geldt voor een ziektekostenverzekering volgens de Zorgverzekeringswet worden volledig vergoed tot het bereiken van de 18-jarige leeftijd. En maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor verzekerde vanaf 18 jaar.

13. Kinderopvang

Verstrekt wordt een uitkering van € 12,- per dag, indien een van de meeverzekerde ouders langer dan 5 dagen is opgenomen in een ziekenhuis en er van het gezin kinderen tot en met het kalenderjaar waarin men 12 jaar wordt zijn verzekerd bij de zorgverzekeraar, welke niet zijn opgenomen in een ziekenhuis. De eerste 5 opnamedagen blijven te allen tijde buiten de verstrekking.

14. Kraamzorg

Voor verzekerden van het vrouwelijke geslacht wordt de eigen bijdrage - als aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Zorgverzekeringswet - vergoed van kraamzorg door een door de overheid erkende instelling voor kraamzorg.

Kraamzorghotel

Kraamzorg in een erkend kraamzorghotel wordt vergoed tot maximaal € 175,- per verpleegdag tot maximaal 10 dagen gerekend vanaf de dag van geboorte.

Medisch kraampakket

Recht op deze verstrekking bestaat onder de volgende voorwaarden:

- de verzekerde ontvangt na inzending van een daartoe strekkende aanvraag welke verkrijgbaar is bij de verloskundige of huisarts een kraamcadeau in natura ten behoeve van de bevalling;

- de verzekerde dient op het moment van verstrekking in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap krachtens deze voorwaarden als verzekerde te staan geregistreerd bij de maatschappij.

15. Kuurreizen

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

16. Lidmaatschap

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

17. Oefentherapie Cesar en Mensendieck

Vergoed worden de kosten van behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.

Vanaf de negentiende behandeling moet op voorschrift van een arts een aanvraag tot machtiging worden ingediend.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut. De vergoeding van de geleverde zorg vindt plaats conform het wettelijk tarief.

18. Oogmeting

Vergoed worden de kosten van uitgevoerde oogmeting.

19. Podotherapie

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

20. Preventieve geneeskunde

Vergoed worden de kosten van preventieve onderzoeken en (reizigers-)vaccinaties.

21. Psychotherapeutische hulp

Vergoed worden de kosten van een door een psycholoog - op voorschrift van de huisarts of een specialist - verrichte psychotherapeutische behandeling en/of gesprekstherapie tot ten hoogste € 1150,— per verzekerde per kalenderjaar.

22. Ronald McDonald-, familie- of logeerhuis

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

23. Second opinion

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

24. Sportkeuringen en blessureconsulten

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

25. Tandheelkundige hulp

1. Vergoed worden de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen door een tandarts uitgevoerd:
 - a. eerste en tweede preventief onderzoek (C11 en C12)
 - b. los consult (C13);
 - c. chirurgische ingrepen en extracties (H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H50, H55). Overige H-codes op aanvraag (H90 wordt niet vergoed);
 - d. het verwijderen van tandsteen (tariefcodes M50, M55 en M59) indien uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist;
 - e. controle en instructie mondhygiëne (M31);
 - f. restauraties van gebitselementen door middel van één-, twee- en drievlaksvulling (tarief codes V10, V11, V12, V13, V14, V20, V21 en V70);
 - g. parodontologie (tariefcodes T11, T12, T21, T22, T82 en T83);
 - h. Intra-orale röntgenfoto's (X10), max. 3 per kalenderjaar.

2. Orthodontie
Vergoed worden de kosten van orthodontische behandeling, uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts, ongeacht de leeftijd van verzekerde.
- 26. Therapeutisch kamp**
Vergoed worden de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische- en/of gehandicapte kinderen.
- 27. Thuisverpleging**
Vergoed worden in aanvulling op de AWBZ de kosten van thuisverpleging door een gediplomeerd verpleegkundige of een gediplomeerd ziekenverzorg(st)er, indien en zolang een opname in een ziekenhuis is geïndiceerd, doch verzekerde thuis wenst te worden verpleegd. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.
- 28. Uitkering bij een ongeval**
Uitkering wordt verleend indien een verzekerde, jonger dan 13 jaar, als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt. De uitkering bedraagt per verzekerde:
- | | |
|-------------------------------|-----------|
| a. bij overlijden | € 2.300,- |
| b. bij blijvende invaliditeit | € 4.600,- |
- Op dit onderdeel van de dekking zijn de Algemene en Speciale Voorwaarden van de bij de maatschappij ten tijde van het ongeval in gebruik zijnde polis Persoonlijke Ongevallenverzekering van toepassing. Deze voorwaarden liggen bij de maatschappij ter inzage. Uitkeringen geschieden aan de door het ongeval getroffen verzekerde of aan zijn wettige erfgenamen. Als zodanig wordt de overheid nimmer erkend.
- 29. Verblijf bij levertransplantatie**
Vergoed worden de kosten van:
- verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen aansluitend op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen voor verzekerde en een verzorger tot ten hoogste € 33,— per dag gedurende maximaal 28 dagen;
 - verblijf van een gezinslid van de verzekerde in het Zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen gedurende het verblijf van verzekerde in het Academisch Ziekenhuis Groningen voor een levertransplantatie tot ten hoogste € 25,— per dag gedurende de periode van opname van de verzekerde waarbij transplantatie heeft plaatsgevonden.
- 30. Verblijfkosten stottertherapie**
Vergoed worden de kosten van verblijf in het instituut, waar volgens de Del Ferro of Doetinchemse methode stottertherapie wordt gegeven, mits en zolang de kosten van behandeling voor rekening van de maatschappij komen.
- 31. Vervoerskosten naar Astmacentrum te Davos**
De vergoeding voor kosten van vervoer van verzekerde naar het Astmacentrum te Davos bedraagt 75% van de reiskosten per trein in de laagste klasse.
- 32. Wachttijdbemiddeling**
Verzoeken omtrent wachttijdbemiddeling kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd.
- 33. Ziektelasten en hulpverlening in het buitenland (hele wereld)**
- Ziektelasten: Voor de in het buitenland gemaakte kosten tijdens vakantie, indien deze betrekking hebben op:
 - spoedeisende opname en behandeling in de laagste klasse in een in het betreffende land door de bevoegde overheidsinstantie erkend ziekenhuis;
 - spoedeisend onderzoek en behandeling, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis, door een specialist of huisarts en de door deze op recept voorgeschreven genees- en verbandmiddelen;
 - spoedeisende tandheelkundige hulp, uitsluitend bestaande uit het verhelpen van directe pijnklachten;
 - medisch noodzakelijk vervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde arts, mits het vervoer in verband staat met een opname, onderzoek of behandeling voor rekening van deze verzekering. Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelende arts(en) i.v.m. medische noodzaak naar Nederland moet worden vervoerd, dient verzekerde zich hieraan te houden, in welk geval de daaraan verbonden medisch noodzakelijke extra kosten worden vergoed. Bovendien worden vergoed de kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde naar Nederland. Geen vergoeding wordt verleend:
 - voor de in het buitenland gemaakte kosten van alternatieve geneeskundige hulp;
 - voor de kosten die verband houden met een onderzoek, behandeling of opname welke het doel vormden van het verblijf in het buitenland;
 - indien bij vertrek naar het buitenland redelijkerwijs mocht worden aangenomen, dat geneeskundige hulp in het buitenland noodzakelijk was.

De vergoeding geschiedt in Nederlandse valuta op basis van de omrekenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is gedaateerd. De werkelijk gemaakte ziektekosten worden vergoed, mits de hulp spoedeisend is en een verklaring of behandlingsverslag van de behandelend arts of specialist kan worden overlegd. Bij het indienen van apotheeknota's dient tevens het voorschrift of een kopie daarvan te worden overlegd. Voor reizigers naar Marokko geldt als extra voorwaarde dat zij, bij het declareren van geneesmiddelen, verplicht zijn de vignetten van de voorgeschreven geneesmiddelen bij de declaratie in te dienen.

Vergoeding van ziektekosten in het buitenland volledig
- 2. Hulpverlening:**
Vergoed worden de door S.O.S.-International gemaakte kosten ter zake van:
- te verlenen hulp bij het regelen van:
 - het ziekenvervoer van een verzekerde naar Nederland,
 - het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland;
 - het waarschuwen van in Nederland met een vaste woonplaats verblijvende naaste familieleden van een verzekerde en diens werkgever;
 - hulp bij taalproblemen, voorzover deze door S.O.S.-International kon worden verleend;
 - de bemiddeling bij het overmaken van geld;
 - de kosten van organisatie van het toezenden van genees- en hulpmiddelen.
- De hierboven omschreven hulp wordt verleend, indien ter zake van een acute ziekte of een ongeval ten behoeve van een verzekerde geneeskundige hulp, waarvan de kosten krachtens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen, is geboden. Vergoeding voor hulpverlening volledig
Vergoedingen van geneeskundige kosten en hulpverlening door de alarmcentrale SOS International geldt voor een bepaalde periode van maximaal 12 maanden.
In voorkomende gevallen kan hulp worden ingeroepen van S.O.S.-International.
In geval van een ziekenhuisopname in het buitenland dient zulks binnen 3 x 24 uur bij S.O.S.-International te worden gemeld. S.O.S.-International is dag en nacht bereikbaar onder telefoonnummer (0)20 651 51 51/telefaxnummer (0)20 651 51 09.
Noteert u - alvorens te bellen - het adres en het telefoonnummer waar u bent te bereiken, uw polisnummer alsmede de naam, het adres en het telefoonnummer van het ziekenhuis, arts of specialist en - indien gewenst - de namen en telefoonnummers van degene die dienen te worden gewaarschuwd.
De hieraan verbonden kosten worden krachtens deze verzekering vergoed.

AANVULLENDE BEPALINGEN

ART. 05 TIJDENS DE LOOPTIJD VAN DE VERZEKERING GEBOREN KINDEREN

Indien kinderen, van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd, binnen 60 dagen na hun geboorte ter verzekering bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kinderen geaccepteerd.

Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum.

ART. 06 UITSLUITINGEN

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. de kosten ten aanzien waarvan krachtens een andere overeenkomst, een der sociale verzekeringswetten, enige regeling van overheidswege of enigerlei subsidieregeling aanspraak op vergoeding of op verstrekking kan worden gemaakt;
2. eigen bijdragen krachtens de Zorgverzekeringswet, waarop verzekerden op grond van de AWBZ en/of Zorgverzekeringswet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen, hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen;
3. de kosten van celtherapie, keuringen en het afgeven van attesten;
4. de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie;
5. de kosten voor hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich (tevens) bewegen op onderwijskundig terrein;
6. de kosten van cosmetische operaties en behandelingen, waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte;
7. de kosten welke zijn gemaakt in de periode waarin deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;
8. de kosten als gevolg van het feit dat verzekeringsnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hem rust, niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad, dan wel onjuiste of onvolledige mededelingen heeft gedaan;
9. de kosten die zijn gemaakt in een periode van zes maanden, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, in het geval deze verzekering niet gelijktijdig met de Basisverzekering tot stand is gekomen, waarbij de datum van behandeling bepalend is,
10. voor kosten die niet door de Basisverzekering worden vergoed, veroorzaakt door of verband houdend met een premieachterstand. Dit geldt ook voor de nominale premie voor de Basisverzekering,
11. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.
Hieronder wordt verstaan:
 - a. Gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties;
 - b. Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van een zelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - c. Opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - d. Binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - e. Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;

f. Munitie: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige bewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De zes hierboven genoemde vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponneerd.

12. kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een verzekerde.

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

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

RECHTSBIJSTANDVERZEKERING

ART. 07 RECHTSBIJSTAND BIJ SCHADE DOOR MEDISCHE ONREGELMATIGHEDEN

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

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

Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een kostenmaximum van € 12.000,— per schadegeval.

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

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

ART. 08 VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE

Verzekeringsnemer is verplicht er voor zorg te dragen dat:

1. bij opname in een ziekenhuis, waarvan de kosten niet in aanmerking komen voor vergoeding uit hoofde van de Zorgverzekeringswet, daarvan zo spoedig mogelijk aan de maatschappij mededeling wordt gedaan door middel van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier;
2. uitsluitend originele nota's dienen uiterlijk binnen 6 maanden na afloop van hetzelfde kalenderjaar bij de maatschappij te worden ingediend, welke op het door de maatschappij verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;

3. aan de maatschappij, haar medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
4. voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van een arts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door de maatschappij wordt gevraagd.

ART. 09 PREMIEBETALING

Verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten bij vooruitbetaling te voldoen binnen dertig dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, dit geldt ook voor de nominale premie voor de Basisverzekering, wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag was verschuldigd. Een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daarvoor niet vereist. Verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen.

De dekking gaat weer in op de dag waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en geaccepteerd. Geen vergoeding wordt verleend voor kosten welke zijn gemaakt gedurende de tijd dat deze verzekering niet van kracht was en voor kosten welke het gevolg zijn van ziekte, kwalen of gebreken die zijn ontstaan of waarvan zich verschijnselen gedurende deze periode hebben voorgedaan.

Bij tussentijdse opzegging - behalve bij opzegging wegens opzet de maatschappij te misleiden - vindt restitutie van de lopende premie naar evenredigheid plaats.

Indien sprake is van een in artikel 11 lid d of e vermelde omstandigheid, bestaat eerst recht op restitutie van premie vanaf het moment waarop de maatschappij hieromtrent schriftelijk bericht heeft ontvangen.

ART. 10 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

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

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

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

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

ART. 11 EINDE VAN DE VERZEKERING

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

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

- a. indien verzekeringnemer zijn verplichting tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 9 niet nakomt en de maatschappij om die reden deze verzekering op een door haar te bepalen tijdstip opzegt;
- b. indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 10 weigert;
- c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.
De verzekering eindigt voor de desbetreffende verzekerde automatisch;
- d. op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt;
- e. op de datum waarop deze niet langer verplicht verzekerd is ingevolge de Zorgverzekeringswet en om die reden de Basisverzekering voor die verzekerde wordt beëindigd. Aan deze schriftelijke mededeling dient de verzekerde een bewijs te hechten waaruit de beëindiging blijkt.

OVERIGE BEPALINGEN

ART. 12 PREMIEWIJZIGING BIJ HET BEREIKEN VAN DE 18-JARIGE LEEFTIJD

Kinderen tot 18 jaar kunnen premievrij (zonder betaling van de verschuldigde verzekeringspremie) aanvullend verzekerd zijn, mits er wordt voldaan aan alle volgende voorwaarden:

- de aanvullende verzekering moet samen afgesloten zijn met een verplichte Basisverzekering.
- een van de ouders dient verzekerd te zijn bij de maatschappij.
- de aanvullende verzekering is gelijk aan die van minst uitgebreid verzekerde ouder .

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering de 18-jarige leeftijd bereiken, wordt de premie voor deze verzekering vanaf de eerstvolgende premievervaldag na het bereiken van die leeftijd berekend volgens het op dat moment geldende premietarief voor verzekerden voor volwassen verzekerden.

PERSOONSREGISTRATIE

De bij de aanvraag van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de maatschappij gevoerde cliëntenregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacyreglement van toepassing.

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Klachten betreffende de toepassing van de voorwaarden van deze verzekering kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan:

- de directie van de maatschappij;
- Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93450
2509 AL Den Haag