

AANVULLENDE VERZEKERING OP STANDAARD (PAKKET) POLIS

ALGEMENE VOORWAARDEN – model AVSPP-Basis



Artikel 1. Begripsomschrijving

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

- 1. Alternatief genezer**
Een in Nederland gevestigde alternatieve genezer op een bepaald gebied algemeen erkend en als zodanig praktiserend en lid van een erkende beroepsvereniging.
- 2. Arts**
Een in Nederland gevestigde geneeskundige, die op grond van de Nederlandse wet is bevoegd tot het uitoefenen van de geneeskunde.
- 3. 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)
- 4. Fysiotherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens 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.
- 5. Gespecialiseerd arts**
Een in Nederland gevestigde arts, ingeschreven in een erkend medisch register, die zich algemeen erkend op een bepaald medisch gebied heeft gespecialiseerd en zich als zodanig aandient en ook als zodanig wordt geconsulteerd.
- 6. Hoofdverzekering**
De bij de maatschappij gesloten Standaard(pakket)polis.
- 7. Huisarts**
Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 8. Maatschappij**
N.V. Maatschappij van Assurantie, Discontering en Beleening der Stad Rotterdam Anno 1720
- 9. Manueel therapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens 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.
- 10. Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.
- 11. Oedeemtherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 12. Oefentherapeut Cesar en oefentherapeut Mensendieck**
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar-/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'. De oefentherapeut voert behandelingen uit zoals deze zijn omschreven in de besluiten 'oefentherapie Cesar of Mensendieck'.

13. Specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, alsmede iedere in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

In het buitenland wordt daaronder verstaan elke arts, die in het betrokken land door de bevoegde instanties aldaar op vergelijkbare wijze als specialist wordt erkend.

14. Tandarts

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

15. Verzekerde(n)

Degene(n) die als zodanig op het polisblad is (zijn) vermeld.

16. Verzekeringssnemer

Degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

17. Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Artikel 2. Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier verstrekte opgaven en inlichtingen, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekerde verstrekte gegevens. Verzwijging alsmede onjuiste of onvolledige opgave heeft tot gevolg dat de maatschappij niet tot vergoeding van enige kosten is gehouden. Bovendien heeft de maatschappij in dat geval het recht zich op nietigheid van de verzekering te beroepen.

Deze verzekering kan uitsluitend tot stand komen en in stand blijven in combinatie met en gedurende de looptijd van de hoofdverzekering en indien en zolang krachtens deze en de hoofdverzekering dezelfde verzekerden zijn verzekerd.

Voor elke op de polis genoemde verzekerde wordt een (gedeeltelijke en/of aanvullende) vergoeding verleend van kosten verbonden aan de hierna genoemde voorzieningen, mits en zolang deze medisch noodzakelijk zijn, en voor zover verzekerd en hierna omschreven.

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

Artikel 3. OMVANG VAN DE VERZEKERING

Terzake de onderstaande behandelingen en/of verrichtingen vinden de hierna vermelde vergoedingen of uitkeringen plaats:

1. Alternatieve geneeskundige hulp

Vergoed worden de kosten van alternatieve geneeskundige hulp, met een maximum van € 250,00 per verzekerde per kalenderjaar, indien de behandeling geschiedt door een (huis)arts, gespecialiseerd arts of een alternatief genezer, met inbegrip van de door dezen voorgeschreven alternatieve geneesmiddelen welke worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

2. Fysiotherapeutische hulp voor verzekerde vanaf 18 jaar

Vergoed worden per verzekerde per kalenderjaar op voorschrift van een (huis)arts of medisch-specialist maximaal negen behandelingen fysiotherapie, oedeemtherapie, manuele therapie, oefentherapie Cesar of Mensdendieck per indicatie per jaar uitgevoerd door een fysiotherapeut, oedeemtherapeut, manueeltherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensdendieck. De behandelingen dienen te worden uitgevoerd conform de behandelingen als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit of de Besluiten oefentherapie Cesar of Mensdendieck.

3. Tandheelkundige hulp vanaf de leeftijd van 18 jaar

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige hulp uitgevoerd door een tandarts tot een maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Onder deze dekking wordt geen vergoeding verleend voor orthodontie.

Artikel 4. Algemeen

1. Tijdens de looptijd van de verzekering geboren kinderen

Indien kinderen van wie de vader en/of moeder en alle daarvoor in aanmerking komende kinderen voor deze verzekering zijn verzekerd, binnen 1 maand na hun geboorte ter medeverzekering bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd. Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum.

Artikel 5. Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. het op de hoofdverzekering (S(S)PP) van toepassing zijnde eigen risico;
2. 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;
3. de kosten die zijn gemaakt in de tijd dat deze verzekering niet van kracht was,
4. de kosten als gevolg van het feit dat verzekeringsnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hen rust, niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij hebben geschaad, dan wel onjuiste of onvolledige mededelingen hebben gedaan;
5. de kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij.

Hieronder wordt verstaan:

- a. **Gewapend conflict:** elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties.
- b. **Burgeroorlog:** een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is.
- c. **Opstand:** georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.
- d. **Binnenlandse onlusten:** min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.

e. **Oproer:** een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag.

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

De zes 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 gedeponeerd.

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

Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot kosten veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

Artikel 6. VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE

Verzekeringsnemer is verplicht er voor te zorgen:

1. dat uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke op het door de maatschappij verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;
2. dat de originele nota's uiterlijk binnen 6 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden zijn ingediend;
3. dat 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. dat voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van de behandelend arts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door de maatschappij wordt gevraagd.

Artikel 7. PREMIEBETALING

Verzekeringsnemer is verplicht de premie en de kosten bij vooruitbetaling te voldoen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd zijn.

Indien verzekeringsnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen vergoeding verleend voor kosten welke worden gemaakt als gevolg van ziekten, kwalen of gebreken die nadien zijn ontstaan of waarvan zich nadien verschijnselen hebben voorgedaan. Een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daarvoor niet vereist. Verzekeringsnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen.

De dekking gaat weer in op de dag waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en geaccepteerd.

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 9 lid 2 sub a en b vermelde omstandigheid bestaat eerst recht op restitutie van premie vanaf het moment waarop de maatschappij daaromtrent bericht heeft ontvangen.

Artikel 8. 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 premieervaldag 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 premieervaldag aan de maatschappij schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dat laatste geval eindigt deze verzekering op de eerstgenoemde vervalddag.

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

1. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
2. de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
3. de premie wordt verhoogd binnen de door de overheid daaraan gestelde grenzen;
4. de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

Artikel 9. EINDE VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

1. Deze verzekering eindigt bij opzegging door verzekeringnemer tegen het einde van een op het polisblad genoemde termijn, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van tenminste 3 maanden in acht wordt genomen. Een voor de hoofdverzekering plaatsgevonden opzegging wordt tevens als een opzegging voor deze verzekering beschouwd.

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 7, 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 8 weigert;
 - c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.
2. Deze verzekering eindigt voor de betreffende verzekerde automatisch:
 - a. op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt;
 - b. op de datum waarop de maatschappij de schriftelijke mededeling ontvangt, dat verzekerde verplicht verzekerd is (geworden) ingevolge de Ziektenfondswet of een Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekering voor Ambtenaren.
 - c. op het moment waarop deze niet langer is verzekerd krachtens de hoofdverzekering.

PERSOONSREGISTRATIE

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

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

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

1. Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

2. Klachten

a. Intern klachtenbureau

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

b. Stichting Klachteninstituut Verzekeringen (SKV)

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Telefoon: (070) 333 89 99.

c. De rechter

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