



**STAD ROTTERDAM  
VERZEKERINGEN**

N.V. Maatschappij van Assurantie,  
Discontering en Beleening  
der Stad Rotterdam Anno 1720  
K.v.K. Rotterdam 24006247

## ZORG-ESSENTIE

# ALGEMENE VOORWAARDEN

## ART. 01 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

### 1. AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

### 2. Farmaceutische hulp

De als zodanig voorgeschreven

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd.
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd,
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening,
- polymere, oligomere, monomere en modulaire diëetpreparaten,
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:

- cosmetische middelen,
- genotmiddelen en medicinale wijnen, vermageringsmiddelen,
- andere dan de in artikel 1.2.d genoemde diëetpreparaten,
- versterkende en voedingsmiddelen,
- vitaminepreparaten, tenzij het gebruik hiervan door de behandelend arts is geïndiceerd en voorgeschreven.

### 3. Maatschappij

De aan de voorzijde van deze voorwaarden genoemde vennootschap.

### 4. Medische noodzaak

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

### 5. Ongeval

Een gebeurtenis, waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel is toegebracht door een plotseling op het lichaam inwerkend van buiten komend geweld.

Als ongeval worden tevens aangemerkt:

- acute vergiftiging als gevolg van het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen en vaste en vloeibare vloeistoffen,
- besmetting of vergiftiging als gevolg van een onvrijwillige val in het water of enige andere vloeibare of vaste stof,
- bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking en zonnesteek en de lichamelijke gevolgen van elektrische ontladingen,
- verhongering, verdorping, uitputting en zonnebrand als gevolg van een geïsoleerd raken bij natuurrampen, instorting of andere catastrofale gebeurtenissen,
- plotselinge verstuijing, ontwrichting en spierscheuring, mits aard en plaats van deze letsels geneeskundig zijn vast te stellen,
- wondinfectie en bloedvergiftiging, direct verband houdende met een ongevalsletsel.

Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: hernia nucleï pulposi, lendenspit, lumbago en ingewandsbreuk.

### 6. Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, welke hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, welke zijn verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie.

### 7. Verzekerde(n)

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

### 8. Verzekeringnemer

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

### 9. Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, revalidatiecentrum of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

### 10. Zorgverlener

Een in Nederland gevestigde specialist of verpleegkundige die als zodanig door de bevoegde overheidsinstanties zijn erkend en geregistreerd.

## ART. 02 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en gezondheidsverklaring 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 vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

## OMVANG VAN DE VERZEKERING

### ART. 03 MEDISCHE NOODZAAK

Tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald, bestaat er alleen recht op uitkering, indien en voor zover tot het maken van de kosten een medische noodzaak aanwezig is.

### ART. 04 VERZEKERDE RUBRIEKEN

- Opname in een ziekenhuis
- Niet-klinische (specialistische) hulp
- Farmaceutische hulp
- Overige vergoedingen

### Vrije keuze

Verzekerde is vrij in zijn keuze ten aanzien van zorgverleners en/of ziekenhuizen.

## RUBRIEK A OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS

Vergoed worden de kosten van opname, onderzoek, behandeling alsmede verblijf ten behoeve van dagverpleging in een ziekenhuis, in de op het polisblad vermelde verzekerde klasse, met inbegrip van specialistenhonoraria en bijkomende kosten.

## RUBRIEK B NIET KLINISCHE (SPECIALISTISCHE) HULP

Vergoed worden de kosten van consulten, visites, onderzoeken en behandelingen door een specialist, mits het onderzoek en/of de behandeling niet gepaard gaan met opname in een ziekenhuis.

## RUBRIEK C FARMACEUTISCHE HULP

Vergoed worden de kosten van:

- door een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige voorgeschreven en onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudende huisarts geleverde farmaceutische hulp,
- door een specialist of huisarts voorgeschreven middelen ter voorkoming van zwangerschap,
- door een arts voorgeschreven diëetpreparaten als gevolg van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.  
Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen vergoedingssysteem [GVS] van toepassing, hetgeen inhoudt dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel is hoger dan de vergoedingslimiet,

blijft het meerdere voor rekening van de verzekerde. Voor geneesmiddelen waarvoor (nog) geen limiet is vastgesteld wordt geen vergoeding verleend, tenzij de maatschappij daarvoor vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven.

Op de vergoeding van farmaceutisch hulp is het in artikel 5 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

## RUBRIEK D OVERIGE VERGOEDINGEN

### 1. Behandelingskosten terzake van een kunstnier

Vergoed worden:

- de kosten van (poli-)klinische of thuisbehandeling met een kunstnier,
- de kosten verband houdende met de noodzakelijke aanpassing van de woning voor de behandeling thuis en het weer in de oude staat terugbrengen van de woning nadat de behandeling is beëindigd, mits de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

### 2. Chronisch intermitterende beademing

Vergoed worden de kosten van mechanische beademing, voorgeschreven door een specialist, in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

### 3. Hulpmiddelen

Vergoed worden de kosten van aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van de door de behandelend arts voorgeschreven hulpmiddelen, overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde regeling Hulpmiddelen, welke geacht wordt deel uit te maken van deze voorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf, vervanging dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

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.

### 4. Orgaantransplantatie

Vergoed worden:

- de kosten van transplantatie van donororganen, alsmede de kosten van weefseltyperingen, inclusief computeradministratiekosten, welke door Eurotransplant Nederland in rekening worden gebracht,
- de kosten van opname en behandeling van de niet krachtens deze voorwaarden verzekerde donor in verband met een bij een verzekerde plaatsgevonden orgaantransplantatie, op basis van de voor de donor verzekerde klasse,
- de kosten van behandeling door een specialist gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit een ziekenhuis, waarin de donor ter selectie en verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met diezelfde orgaantransplantatie.

### 5. Privékliniek

Vergoed worden de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen privékliniek, welke is verbonden aan een ziekenhuis tot maximaal de goed gekeurde tarieven (C.O.T.G.).

### 6. Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie en revalidatiedagbehandeling, mits de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen. Een aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan.

### 7. Trombosedienst

Vergoed worden de op voorschrift van een arts gemaakte kosten van hulp door een trombosedienst.

### 8. Vervoerskosten binnen Nederland

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van een verzekerde per ambulance of helikopter naar en van het ziekenhuis waar een opname plaatsvindt, mits het vervoer om medische redenen niet kan plaatsvinden per openbaar middel van vervoer.

Vergoeding van de kosten van ziekenvervoer geldt uitsluitend indien dit vervoer in direct verband staat met een behandeling voor rekening van de maatschappij.

## AANVULLENDE BEPALINGEN

### ART. 05

#### 1. Eigen risico

Het op het polisblad vermelde eigen risico is het bedrag aan verzekerde kosten dat per gezin en per kalenderjaar voor rekening van verzekeringsnemer blijft.

Voor het bereiken van het eigen risico tellen uitsluitend die kosten mee, welke op grond van deze polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Indien voor een verzekerd onderdeel een maximumbedrag is vermeld, blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

Uitsluitend in het kalenderjaar waarin de verzekering van kracht wordt, wordt het eigen risico verlaagd met 1/12 voor elke volle kalendermaand die op de ingangsdatum is verstreken. Bij beëindiging van de verzekering, alsmede over de periode dat de verzekering niet van kracht was, vindt derhalve geen vermindering of restitutie van het eigen risico plaats.

Het eigen risico geldt niet ten aanzien van de kosten welke worden gemaakt als gevolg van een ongeval dat tijdens de looptijd van deze verzekering heeft plaatsgevonden, alsmede in die gevallen welke nader in deze voorwaarden zijn vermeld.

Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze een aanvang nam, worden de voor die opname gemaakte kosten tot het tijdstip waarop de opname ononderbroken voortduurt toegerekend aan het kalenderjaar waarin de opname aanving.

#### 2. Opname en verpleging in een hogere/lagere klasse

a. Indien opname en verpleging in een hogere klasse dan de verzekerde klasse geschiedt, worden de kosten vergoed welke in rekening zouden zijn gebracht bij een opname en verpleging in de verzekerde klasse.

b. Wordt een verzekerde, verzekerd volgens klasse 2B, opgenomen en verpleegd in een ziekenhuis waarin slechts één tweede klasse aanwezig is, dan wordt deze verzekering geacht te gelden voor die ene tweede klasse.

#### 3. Tijdens de looptijd van de verzekering geboren kinderen

Indien kinderen van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd binnen drie maanden na hun geboorte ter meeverzekering bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd.

Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum. Deze kinderen worden evenwel voor geen hogere klasse geaccepteerd dan de derde klasse.

### ART. 06 UITSLUITINGEN

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- de kosten ten aanzien waarvan krachtens een andere overeenkomst, een der sociale verzekeringswetten, enige regeling van overheidswege of enigerlei subsidie-regeling aanspraak op vergoeding of op verstrekking kan worden gemaakt.

2. verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekeren op grond van die wet 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 sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein,
6. de kosten van plastische- en reconstructieve chirurgie,
7. de kosten van cosmetische operaties en behandelingen,
8. de kosten van audiologische hulp,
9. de kosten van erfelijkheidsonderzoek,
10. de kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen alsmede de kosten voor in vitro fertilisatie,
11. de kosten van onderzoek en behandeling door een psycholoog,
12. de kosten van alternatieve geneeswijzen,
13. de kosten van homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen,
14. de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is,
15. 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,
16. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij.  
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 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. Muiterij: 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 gedeponereerd,
17. 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 met betrekking tot 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 enige overheid afgegeven vergunning (voor zover 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.

## VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE

### ART. 07

Verzekeringsnemer is verplicht er voor zorg te dragen dat:

1. bij opname in een ziekenhuis daarvan zo spoedig mogelijk aan de maatschappij mededeling wordt gedaan door middel van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend schade-aangifteformulier,
2. zo spoedig mogelijk nadat het totaalbedrag van de door verzekeringsnemer in enig kalenderjaar ontvangen nota's, welke op grond van deze voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, het op deze verzekering van toepassing zijnde eigen risico overschrijdt, die nota's bij de maatschappij worden ingediend,
3. de - na overschrijding van het in het vorige lid bedoelde op hetzelfde kalenderjaar betrekking hebbende eigen risico - nadien ontvangen nota's zo spoedig mogelijk bij de maatschappij worden ingediend,
4. 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.
5. aan de maatschappij, haar medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen,
6. 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.

## PREMIEBETALING

### ART. 08

Verzekeringsnemer is verplicht de premie, kosten en wettelijke bijdragen bij vooruitbetaling te voldoen binnen dertig dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien verzekeringsnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag was verschuldigd. 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. 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 10 lid d of e vermelde omstandigheid bestaat eerst recht op restitutie van premie vanaf het moment waarop de maatschappij hieromtrent schriftelijk bericht heeft ontvangen.

## WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

### ART. 09

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 de 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.

## EINDE VAN DE VERZEKERING

### ART. 10

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 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 8, 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 9 weigert,
- c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.

De verzekering eindigt voor de betreffende verzekerde automatisch:

- d. op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt,
- e. op de datum waarop de maatschappij de schriftelijke mededeling ontvangt dat deze verplicht verzekerd is (geworden) ingevolge de Ziekenfondswet of Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekering voor Ambtenaren. Aan deze schriftelijke mededeling dient de verzekerde een bewijs te hechten waaruit zijn inschrijving blijkt,
- f. op de eerste van de maand waarin deze de 65-jarige leeftijd bereikt, met inachtneming van het bepaalde in artikel 12.

## OVERIGE BEPALINGEN

### ART. 11 GEVOLGEN VAN HET BEREIKEN VAN DE 21-JARIGE LEEFTIJD VAN EEN VERZEKERDE

Voor deze verzekering is voor niet meer dan 3 ongehuwde kinderen tot 21 jaar, behorend tot het verzekerde gezin, premie verschuldigd.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van de verzekering de 21-jarige leeftijd bereiken, is de verzekering vanaf de eerstvolgende premievervaldag na het bereiken van die leeftijd niet meer van kracht. Tegelijkertijd worden zij tegen de dan geldende premie voor alleenstaanden, zonder selectie, zelfstandig verzekerd op een polis met hetzelfde eigen risico, zulks met inachtneming van het gestelde in artikel 9.

### ART. 12 GEVOLGEN VAN HET BEREIKEN VAN DE 65-JARIGE LEEFTIJD VAN EEN VERZEKERDE

Per de eerste van de maand waarin een verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt wordt deze verzekering ten behoeve van die verzekerde automatisch beëindigd. Gelijktijdig wordt voor de desbetreffende verzekerde een Standaardpakketpolis - zoals vastgesteld krachtens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering [WTZ] - afgegeven. Verzekeringnemer wordt omtrent dit voornemen vooraf door de maatschappij geïnformeerd.

## PERSOONSREGISTRATIE

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde cliëntenregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacy-reglement 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:

- Directie van aan voorzijde van deze polis genoemde vennootschap
- Ombudsman Zorgverzekeringen  
Postbus 93560  
2509 AN Den Haag
- Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf  
Postbus 93560  
2509 AN Den Haag.