

Zorgpolis Zorgverzekeraar DSW 2006

INHOUDSOPGAVE

I. Begripsomschrijvingen (artikel 1)	3
II. Grondslag van de verzekering (artikel 2)	6
Artikel 3 Begin van de verzekering	7
Artikel 4 Duur van de verzekering	7
Artikel 5 Beëindiging van rechtswege	7
III. Dekking (artikel 6)	8
Artikel 7 Premie	9
Artikel 8 Herziening van de premie	10
Artikel 9 No-claim teruggave	10
Artikel 10 Eigen risico	11
Artikel 11 Hulp door een huisarts	12
Artikel 12 Medisch-specialistische zorg	12
Artikel 13 Verloskundige zorg en kraamzorg	14
Artikel 14 Revalidatie	15
Artikel 15 Orgaantransplantaties	15
Artikel 16 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	16
Artikel 17 Mechanische beademing	16
Artikel 18 Oncologische aandoeningen bij kinderen	17
Artikel 19 Trombosedienst	17
Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek	17
Artikel 21 Audiologische zorg	18
Artikel 22 Paramedische zorg	18
Artikel 23 Mondzorg	19
Artikel 24 Farmaceutische zorg	21
Artikel 25 Hulpmiddelenzorg	22
Artikel 26 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	22
Artikel 27 Verzekeringsaanpakken in het buitenland	24
Artikel 28 Uitsluitingen	25
Artikel 29 Algemeen	25
IV. Verplichtingen van de verzekerde	26
Artikel 30 Aansprakelijkheid van derden	26
Artikel 31 Verplichtingen	27
V. Overige voorwaarden	27
Artikel 32 Onwaarachtige weergave van feiten	27
Artikel 33 Onrechtmatige inschrijving	28
Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	28
Artikel 35 Geschillen	28
Premiebijlage	29

De navolgende begripsbeschrijvingen en artikelen zijn uitsluitend van toepassing op de onderhavige verzekeringsovereenkomst, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Voor zover door u tevens een aanvullende verzekering is gesloten, wordt voor de bepaling van uw aanspraken uit hoofde daarvan verwezen naar de specifieke, op die verzekering toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.

I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

Ambulancevervoer: Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Apotheekhoudend huisarts:

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

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

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

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde:

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering is in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies:

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling: Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):

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

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

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

- EU- en EER-staat:** Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- Farmaceutische zorg:** De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door Zorgverzekeraar DSW vastgestelde nadere reglement en geleverd door een erkende en geregistreerde apotheker of apothekhoudend huisarts.
- Fysiotherapeut:** Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
- Gecontracteerde zorg:** De zorg die Zorgverzekeraar DSW op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgverlener gesloten overeenkomst te leveren.
- Huisarts:** Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- Hulpmiddelenzorg:** De zorg die voorziet in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorgverzekeraar DSW vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- Implantoloog:** Een implantoloog, die lid is van de Nederlandse Vereniging Orale Implantologie.
- Kaakchirurg:** Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Kraamcentrum:** Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Zorgverzekeraar DSW als zodanig erkende instelling.
- Kraamzorg:** De zorg die wordt verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zelfstandig werkt of verbonden is aan een instelling voor kraamzorg, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt.
- Logopedist:** Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- Manueel therapeut:** Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- Medisch adviseur:** De (para)medisch deskundige die Zorgverzekeraar DSW in (para)medische gelegenheden adviseert.
- Medisch specialist:** Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist:	Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde ‘besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
Oedeemtherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie of een (para)medicus die beschikt over een diploma van de Vodder-Schule en die voldoet aan de registratievoorwaarden in het Vodder-register.
Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:	Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
Opname:	Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.
Orthodontist:	Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dento-maxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Orthopedagoog:	Een diagnostisch geschoolde orthopedagoog, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen en geregistreerd is als Orthopedagoog.
Revalidatie:	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
SOS International:	BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam, telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.
Tandarts:	Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
Tandprotheticus:	Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.
Verblijf:	Opname met een duur langer dan 24 uur.
Verdragsland:	Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.
Verloskundige:	Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
Verzekerde:	Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorgverzekeraar DSW is aangegaan.

- Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- WTG-tarief:** Het op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) goedgekeurd of vastgesteld tarief dan wel maximumtarief voor een prestatie of geheel van prestaties door een orgaan (instelling en/of persoon) voor gezondheidszorg geleverd.
- Zelfstandig behandelcentrum (ZBC):** Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
- Ziekenhuis:** Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
- Zorgverzekeraar:** 'De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar DSW u.a'.

II. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Artikel 2

- lid 1* Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in deze zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet en het polisblad welke integraal onderdeel uitmaakt van de zorgpolis. Deze zorgpolis wordt bij het aangaan van de verzekering en na wijziging van de voorwaarden verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- lid 2* De Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van de modelovereenkomsten. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving bepalend.
- lid 3* De zorgpolis en het polisblad verstrekt Zorgverzekeraar DSW als bewijs van de verzekeringsovereenkomst op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij een zorgverlener(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.
- lid 4* Zorgverzekeraar DSW vermeldt de grondslag van de premie op de premiebijlage.
- lid 5* Zorgverzekeraar DSW sluit met zorgverleners overeenkomsten ten behoeve van haar verzekerden. De overeenkomst die Zorgverzekeraar DSW met de zorgverlener sluit omvat in ieder geval afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 6* De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 7* De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Begin van de verzekering

Artikel 3

- lid 1* De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop Zorgverzekeraar DSW het volledig ingevulde verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- lid 2* Indien degene ten behoeve van wie de verzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorgverzekeraar DSW het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een verzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de verzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
- lid 3* Indien de verzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

Duur van de verzekering

Artikel 4

- lid 1* De verzekeringnemer kan de verzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de verzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2* De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere verzekering wordt verzekerd. De verzekeringnemer dient daartoe een bewijs van inschrijving van de nieuwe zorgverzekeraar te overleggen.
- lid 3* De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop zijn zorgverzekeraar hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.
- lid 4* Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in het uiterste geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.
- lid 5* De opzegging, bedoeld in het tweede lid, of in het derde lid gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- lid 6* In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere verzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door Zorgverzekeraar DSW is ontvangen.
- lid 7* Indien de verzekering eindigt, verstrekt Zorgverzekeraar DSW de verzekeringnemer en/of de verzekerde een bewijs van het eind van de verzekering.

Beëindiging van rechtswege

Artikel 5

- lid 1* De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- a. Zorgverzekeraar DSW ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van Zorgverzekeraar DSW komt te wonen;
 - c. de verzekeringnemer dan wel de verzekerde overlijdt. Zorgverzekeraar DSW dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
 - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt. De verzekerde wordt geacht Zorgverzekeraar DSW hiervan op de hoogte te stellen.
- lid 2* Zorgverzekeraar DSW stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 3* De verzekeringnemer stelt Zorgverzekeraar DSW onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 4* Indien Zorgverzekeraar DSW op grond van het in het derde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
- lid 5* Aan een opzegging of ontbinding van de verzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- lid 6* Zorgverzekeraar DSW heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens na opschorting als bedoeld in artikel 7 lid 5 en na geconstateerde fraude als bedoeld in artikel 32 van deze polis.

III. DEKKING

Artikel 6

- lid 1* De verzekering omvat aanspraken op zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- lid 2* De verzekerde heeft aanspraak op verlening van zorg door een gecontracteerde zorgverlener (zorg in natura of gecontracteerde zorg). Daar waar in de polis wordt gesproken over aanspraken op zorg kan ook worden gelezen vergoeding van gemaakte kosten van zorg (restitutie) indien hij zich wendt tot een zorgverlener die geen overeenkomst met Zorgverzekeraar DSW heeft, één en ander met inachtneming van de leden 3 tot en met 6.
- lid 3* Indien de verzekerde kiest voor gecontracteerde zorg dient hij zich te wenden tot een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener. In dat geval vindt betaling rechtstreeks aan de zorgverlener plaats en ontvangt de verzekerde geen nota. Een eventuele eigen bijdrage wordt afzonderlijk in rekening gebracht.
Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 4* Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland worden de kosten daarvan vergoed tegen het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief.

Indien en voor zover er geen op basis van de WTG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding plaats conform het in het Reglement Restitutie bepaalde.

In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief. Het Reglement Restitutie is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 5 In het geval er sprake is van acute zorg wordt de toestemming tot het inroepen van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft de verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval Zorgverzekeraar DSW zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen. In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief.

lid 6 Indien de verzekerde kiest voor zorg in natura en de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief.

- indien en voor zover er geen op basis van de WTG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding plaats tegen het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde niet op kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanspraak van tijdige zorgverlening handelt Zorgverzekeraar DSW voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijk factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

lid 7 Het bepaalde in lid 3 tot en met 6 geldt onverminderd de no-claim en het overeengekomen eigen risico.

lid 8 Indien en voor zover Zorgverzekeraar DSW aan de zorgverlener meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande is gehouden, wordt de verzekerde geacht aan Zorgverzekeraar DSW te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Zorgverzekeraar DSW van het door Zorgverzekeraar DSW aan de zorgverlener te veel betaalde.

Premie

Artikel 7

lid 1 Krachtens de verzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde die tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage).

lid 4 Premiebetaling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.
Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Zorgverzekeraar DSW gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.
Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorgverzekeraar DSW te vorderen vergoeding.
- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 5 Opschorten

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorgverzekeraar DSW na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking van betreffende verzekering wordt opgeschort en derhalve niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. Van de opschorting van de dekking wordt melding gemaakt aan de zorgverlener. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien Zorgverzekeraar DSW maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorgverzekeraar DSW zijn ontvangen. Zodra de opschorting wordt opgeheven komen de kosten die de verzekerde gemaakt heeft in de opgeschorte periode niet met terugwerkende kracht voor vergoeding in aanmerking.

Indien de verzekeringnemer niet binnen de gestelde termijn betaalt zal de betreffende verzekering worden beëindigd.

lid 6 Detentie

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

Herziening van de premie

Artikel 8

lid 1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

lid 2 Bij de in lid 1 bedoelde wijziging van de grondslag van de premie is de verzekeringsnemer gerechtigd de verzekering op te zeggen met in acht neming van het bepaalde in artikel 4 lid 3 van deze polis.

No-claim teruggave

Artikel 9

lid 1 Indien gedurende het kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,- heeft de verzekerde jegens Zorgverzekeraar DSW recht op betaling van een bedrag, de zgn no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg.

Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten voor het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.

- lid 2* Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, komen niet in aanmerking voor een no-claimteruggave.
- lid 3* Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het eerste lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van de no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorafgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van Zorgverzekeraar DSW worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door Zorgverzekeraar DSW vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden verrekend met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.
- lid 4* Voor de bepaling van de hoogte van de no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave naar rato berekend. Hiervoor dient het bedrag van € 255,- in het betreffende kalenderjaar vermenigvuldigd te worden met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer van het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- lid 5* Indien het voorgaande van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de verzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde achttien jaar werd.
- lid 6* Voor de vaststelling van de no-claim wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Eigen risico

Artikel 10

- lid 1* Het eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.
- lid 2* Een verzekeringsnemer kan voor de verzekerde van achttien jaar of ouder en/of voor zichzelf voor de verzekering een eigen risico van € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 eigen risico per kalenderjaar overeenkomen. Een eenmaal gekozen eigen risico kan gedurende het kalenderjaar niet worden gewijzigd met uitzondering van een minderjarige verzekerde die de achttienjarige leeftijd bereikt.
- lid 3* Indien een eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld in de premiebijlage.
- lid 4* Zorggebonden eigen bijdragen en de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten de kosten van het eigen risico. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
- een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen Zorgverzekeraar DSW van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

- lid 5* Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claim, bedoeld in artikel 9 van deze polis, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.
- lid 6* Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- lid 7* Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een verzekering had gesloten, wordt het eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
- a. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat eigen risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- lid 8* Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- lid 9* Indien Zorgverzekeraar DSW rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. De verzekeringnemer wordt geacht daartoe aan Zorgverzekeraar DSW een machtiging tot automatisch incasso af te geven ter hoogte van het bedrag van het gekozen eigen risico.

Geneeskundige zorg

Hulp door een huisarts

Artikel 11

Aanspraak bestaat op geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als hulp plegen te bieden.

De aanspraak op hulp door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek en röntgenonderzoek.

Medisch-specialistische zorg

Artikel 12

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing door de verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2 a. **Ziekenhuisopname**

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling, een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum of een huispraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Het overzicht van de gecontracteerde ZBC's is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl). Informatie over de vergoedingen is te vinden in het Reglement Restitutie. Dit reglement is eveneens op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien vooraf en minstens binnen drie weken schriftelijk toestemming bij Zorgverzekeraar DSW is aangevraagd, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

d. uitgesloten behandelingen

- Geen aanspraak bestaat op behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder, met uitzondering van de tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
- Geen aanspraak bestaat op:
 - behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
 - het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - het operatief verwijderen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
 - behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
 - behandelingen gericht op circumcisie van de mannelijke verzekerde (besnijdenis).

Verloskundige zorg en kraamzorg

Artikel 13

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis, als bedoeld in artikel 12, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b1. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

b2. Bevalling en/of kraambed in kraamcentrum zonder medische noodzaak

Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

d. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op:

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de huisarts of verloskundige;
- de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;

- kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met Zorgverzekeraar DSW. Op deze aanspraak blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.
- e. *Combinatie van de zorg genoemd onder a. t/m d.*
Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze 'dubbele' dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

Overige geneeskundige zorg

Revalidatie

Artikel 14

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

lid 2 a. Aanspraak bestaat op revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

b. Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname), gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd-of dagbehandeling).

c. Voor de onder a en b bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij Zorgverzekeraar DSW is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer Zorgverzekeraar DSW als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming deugdelijk gemotiveerd te zijn en dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Organtransplantaties

Artikel 15

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2 a. Aanspraak bestaat op transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier/pancreas. Onder de aanspraak vallen tevens de vergoeding van de kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

b. De donor heeft aanspraak op zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname.

Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - indien en voor zover medisch noodzakelijk - per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Aanspraak ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door Zorgverzekeraar DSW. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

Artikel 16

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2 Aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend in een door Zorgverzekeraar DSW tot dat doel gecontracteerd dialysecentrum of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in het dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens

- a. de vergoeding van de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- b. de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervangingsingrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- c. vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover Zorgverzekeraar DSW die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- d. vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover Zorgverzekeraar DSW die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- e. de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in het tweede lid, onder c en d is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist.

Mechanische beademing

Artikel 17

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2 Aanspraak bestaat voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde, bestaat de zorg uit:

- a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Oncologische aandoeningen bij kinderen

Artikel 18

- lid 1* Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.
- lid 2* Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Trombosedienst

Artikel 19

Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Erfelijkheidsonderzoek

Artikel 20

- lid 1* Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch specialist.
- lid 2* Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een tot dat doel door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.
- lid 3* Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in het eerste en tweede lid is toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist.

Audiologische zorg

Artikel 21

Aanspraak bestaat op zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar,

door een tot dat doel door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerd audiologisch centrum, een en ander op voorschrift van een kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Paramedische zorg

Artikel 22

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie en dieetadviesing.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefen therapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Paramedische zorg komt voor vergoeding in aanmerking indien is voldaan aan elk der onderstaande voorwaarden:

- er is een door een arts vastgestelde medische indicatie voor behandeling voor zover deze indicatie ingevolge de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking komt en een schriftelijke verwijzing voor paramedische zorg;
- aan de behandeling ligt een in redelijkheid te bereiken behandeldoel ten grondslag;
- de in de beroepsgroep algemeen aanvaarde kwaliteitsrichtlijnen en standaards worden in acht genomen.

De eerstgenoemde voorwaarde is voor fysiotherapie alleen van toepassing indien de behandeling plaatsvindt in verband met een indicatie die vermeld wordt in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 2 Fysiotherapie en oefen therapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefen therapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling - de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefen therapeut Mensendieck/Cesar, bekken therapeut dan wel oedeem therapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden.

lid 3 Fysiotherapie en oefen therapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Fysiotherapie en oefen therapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens voor andere aandoeningen dan bedoeld in het tweede lid de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, oefen therapeut Mensendieck/Cesar, manueel therapeut, bekken therapeut dan wel oedeem therapeut per indicatie per kalenderjaar. Indien er sprake is van een ontoereikend resultaat bestaat aanspraak op nog negen extra behandelingen.

lid 4 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar, op voorschrift van een arts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

lid 5 Logopedie

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

lid 6 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts, medisch specialist of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Mondzorg

Artikel 23

lid 1 Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

lid 2 Onder zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

lid 3 Orthodontische zorg is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak-, mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Vergoeding vindt alleen plaats als Zorgverzekeraar DSW op een daartoe strekkend verzoek, voorzien van een begroting, vooraf toestemming heeft verleend. Toestemming wordt uitsluitend verleend aan een orthodontist.

lid 4 Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale zorg;
- g. anesthesie;
- h. endodontische zorg;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen en de daardoor benodigde voorzieningen;
- j. gnathologische zorg;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;

- l. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.
- lid 5* Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
 - Chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.
- lid 6* De verzekerde van achttien jaar en ouder, die zijn aanspraken in gevolge van het eerste lid onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b, tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 7* De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,=.
- lid 8* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 9* De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijkuren slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot de andere dag.
- lid 10* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder l is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd.
De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 11* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist, indien de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
- lid 12* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en het vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist.
- lid 13* **Gebitsprothese**
Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.
Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 550,00 per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 380,00 per onder c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Farmaceutische zorg

Artikel 24

- lid 1* Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op aflevering van:
- a. de door Zorgverzekeraar DSW op basis van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

- lid 2* De onder lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Zorgverzekeraar DSW. Een en ander is nader uitgewerkt in de Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polis en is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

De aanwijzing door Zorgverzekeraar DSW geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij Zorgverzekeraar DSW nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgverlener, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/ apotheehoudend huisarts.

Voor de aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In de bij het Reglement Farmaceutische zorg van Zorgverzekeraar DSW te bepalen gevallen stelt Zorgverzekeraar DSW nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid voor de aflevering van geneesmiddelen.

- lid 3* De onder lid 1 sub b genoemde aanspraak is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Tevens geldt de onder lid b genoemde aanspraak niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

- lid 4* Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of 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. Dit voorzover dit niet met aangepast normale voeding kan worden gerealiseerd. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op dieetpreparaten is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist.

Hulpmiddelenzorg

Artikel 25

- lid 1* Aanspraak bestaat op verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door een door Zorgverzekeraar DSW tot dat doel gecontracteerde leverancier. In het Reglement Hulpmiddelen van Zorgverzekeraar DSW zijn de algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 2* Daar waar Zorgverzekeraar DSW dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3* De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4* De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Zorgverzekeraar DSW.
- lid 5* Aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6* Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de aanspraak. Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Artikel 26

- lid 1* Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto.
- lid 2* **Ambulancevervoer**
Aanspraak bestaat op medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door Zorgverzekeraar DSW tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Zorgverzekeraar DSW toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

- lid 3* De aanspraak omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.
Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.
De aanspraak behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.
De aanspraak omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.
- lid 4* Tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- lid 5* *Zittend ziekenvervoer*
Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op medisch noodzakelijk vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in lid 3 van dit artikel, per door Zorgverzekeraar DSW tot dat doel gecontracteerde taxi-vervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Zorgverzekeraar DSW toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:
- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
 - de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
 - het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.
- Zorgverzekeraar DSW kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- Indien Zorgverzekeraar DSW de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- lid 6* Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.
- lid 7* Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Zorgverzekeraar DSW vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.
- lid 8* Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding medisch noodzakelijk is dan wel de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Zorgverzekeraar DSW vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 9* Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 83,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,24 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Verzekeringsaanspraken in het buitenland

Artikel 27

- lid 1* De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook aanspraak op zorg door een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.
- lid 2* De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
- aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd;
 - aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.
- lid 3* De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.
- lid 4* Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 5* In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met verblijf of opname, voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW is vereist, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende hulp dient de ziekenhuisopname binnen 72 uur na opname gemeld te worden bij SOS International.
- Lid 6* In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van extramurale zorg, dat wil zeggen zorg die niet gepaard gaat met verblijf of opname, geen voorafgaande toestemming is vereist. De verzekerde contact kan opnemen met Euro-centers, om gegevens te krijgen over bij hen aangesloten zorgverleners. Informatie over deze Euro-centers is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en eveneens te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 7* In aanvulling op lid 1 geldt, dat indien Zorgverzekeraar DSW vooraf toestemming verleent voor het inroepen van extra- of intramurale zorg in een ander land dan het woonland, of indien er sprake is van in het buitenland ingeroepen spoedeisende zorg, volledige vergoeding plaatsvindt van kosten indien die zorg is ingeroepen in een EU/EER-land of Verdragsland.

Indien de zorg niet is ingeroepen in een EU/EER-land of verdragsland vindt vergoeding plaats tot ten hoogste het op basis van de WVG vastgestelde (maximum)tarief of het in Nederland geldende marktconforme tarief.

Uitsluitingen

Artikel 28

lid 1 Geen aanspraak bestaat op:

- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet) attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële regeling anders is bepaald;
- griepvaccinaties;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- kraampakketten, verbandwatten en steriel hydrofielgaas terzake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

Op alle overige zorg voor zover deze niet uitdrukkelijk in deze polis staat vermeld, bestaat geen aanspraak.

lid 2 Geen dekking wordt verleend indien de schade is veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse en buitenlandse onlusten, oproer en mitterij zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.

lid 3 Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerende in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang. Een voorbeeld van het clauseblad terrorisme is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

Algemeen

Artikel 29

lid 1 *Aanspraak op andere zorg dan in de polis omschreven*
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Zorgverzekeraar DSW voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

lid 2 *Opname in een andere dan de verzekerde klasse*
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse, wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

lid 3 *Begin en einde van de aanspraak*
Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

lid 4 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te ontvangen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorgverzekeraar DSW gevoerde gegevensbestand. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

lid 5 Verwerking van medische gegevens

De verwerking van medische gegevens vindt separaat plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur, waarbij een geheimhoudingsplicht geldt. Deze medische gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het aangaan of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) ten behoeve waarvan de medische gegevens zijn aangeleverd. Medische gegevens worden alleen aan anderen binnen het bedrijf verstrekt indien zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben. Op deze andere personen rust in een dergelijk geval dezelfde geheimhoudingsplicht als op de medisch adviseur uit hoofde van zijn medisch beroepsgeheim.

lid 6 Machtiging

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

IV VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

Aansprakelijkheid van derden

Artikel 30

lid 1 Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde naar burgerlijk recht aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht ten genoegen van Zorgverzekeraar DSW kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.

lid 2 Wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde melding te worden gemaakt bij Zorgverzekeraar DSW en aangifte te worden gedaan bij de bevoegde politie-instantie. Van aangifte bij de bevoegde politie-instantie kan - zo mogelijk na overleg met Zorgverzekeraar DSW - worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door Zorgverzekeraar DSW van de kosten op bedoelde derde.

lid 3 De verzekerde is verplicht alvorens met een derde of met degene, die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen Zorgverzekeraar DSW van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met Zorgverzekeraar DSW.

lid 4 In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van Zorgverzekeraar DSW met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor Zorgverzekeraar DSW in zijn rechten zou worden benadeeld.

lid 5 Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de verzekerde tegenover Zorgverzekeraar DSW gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van Zorgverzekeraar DSW veroorzaakte schade.

Verplichtingen

Artikel 31

- lid 1* De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht
- bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch-adviseur hierom vraagt;
 - aan Zorgverzekeraar DSW, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste relevante informatie die voor een goede uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst nodig is;
 - binnen een maand Zorgverzekeraar DSW aanvang en beëindiging van detentie te melden;
 - zijn verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de verzekering;
 - bij beëindiging van de verzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar te melden voor een correcte afwikkeling van de verzekering.
- lid 2* In voorkomende gevallen de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Zorgverzekeraar DSW in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum van de zorgverlener. In het geval de declaratie betrekking heeft op een DBC die is aangevraagd voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van kracht is.
- lid 3* Zorgverzekeraar DSW is niet gehouden tot vergoeding van enige kosten indien de verzekerde de in lid 1 en lid 2 genoemde verplichtingen niet nakomt en de belangen van Zorgverzekeraar DSW daardoor zijn geschaad.

V OVERIGE VOORWAARDEN

Onwaarachtige weergave van feiten

Artikel 32

- lid 1* Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 2* Zorgverzekeraar DSW heeft de bevoegdheid alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug te vorderen.
- lid 3* Zorgverzekeraar DSW heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.
- lid 4* Zorgverzekeraar DSW kan de registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede het terugvorderen van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten.

Onrechtmatige inschrijving

Artikel 33

- lid 1* Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
- lid 2* Zorgverzekeraar DSW zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat zijn verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door hem sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Artikel 34

- lid 1* *Kennisgeving*
De verzekeringnemer is verplicht binnen 14 dagen aan Zorgverzekeraar DSW schriftelijk kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte en overlijden en dergelijke.
Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- lid 2* *Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde*
Zorgverzekeraar DSW benadert de minderjarige verzekerde ten minste zes weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie.
Als de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorgverzekeraar DSW kenbaar maakt binnen de genoemde termijn van zes weken wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder eigen risico.

Geschillen

Artikel 35

- lid 1* Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2* Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door Zorgverzekeraar DSW, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij Zorgverzekeraar DSW verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Raad van Bestuur.
- lid 3* Zorgverzekeraar DSW streeft ernaar het verzoek tot heroverweging binnen 9 weken af te handelen. Indien de verzekerde niet met het resultaat van de heroverweging kan instemmen, kan hij zich wenden tot de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.
- lid 4* In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.