

# Ziektkostenverzekering Mix

## Polisvoorwaarden

### Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	
2	Grondslag van de verzekering	
3	Prestatiewijze en dekking	
4	Premie	
5	No-claimteruggave	
6	Eigen risico	
7	Algemeen	
8	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
9	Regres	
10	Fraude	
11	Onrechtmatige inschrijving	
12	Premiebetaling en schorsing	
13	Declaraties en schorsing	
14	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
15	Herziening van premie of voorwaarden	
16	Begin en einde van verzekering	
17	Geschillen	
18	Geneeskundige zorg	
	Huisarts	18.1
	Medisch-specialistische zorg	18.2
	Verloskundige zorg en kraamzorg	18.3
	Revalidatie	18.4
	Orgaantransplantatie	18.5
	Dialyse	18.6
	Mechanische beademing	18.7
	Leukemie bij kinderen	18.8
	Trombosedienst	18.9
	Erfelijkheidsonderzoek	18.10
	Audiologische zorg	18.11
	Paramedische Zorg	18.12
	Mondzorg	18.13
	Farmaceutische zorg	18.14
	Hulpmiddelenzorg	18.15
	Ziekenvervoer	18.16
	Buitenland	18.17
19	Uitsluitingen	
20	Diensten Managed Care	
	Clausule Terrorisme	

### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

#### 1.1 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 artsenijsbereidkunst en een erkenning heeft als apotheekhouder.

#### 1.2 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.

#### 1.3 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

#### 1.4 Bekkenterapeut

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

#### 1.5 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.

#### 1.6 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

#### 1.7 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.

#### 1.8 CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting.

#### 1.9 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

#### 1.10 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.

#### 1.11 Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

#### 1.12 Diëtist

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

### **1.13 Ergotherapeut**

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

### **1.14 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.

### **1.15 Farmaceutische zorg**

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement.

### **1.16 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.

### **1.17 Gecontracteerde zorg**

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

### **1.18 Huisarts**

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### **1.19 Hulpmiddelenzorg**

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

### **1.20 Kaakchirurg**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

### **1.21 Kinderfysiotherapeut**

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

### **1.22 Kraamcentrum**

Een instelling, conform bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

### **1.23 Kraamzorg**

De zorg verleent door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

### **1.24 Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

### **1.25 Logopedist**

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

### **1.26 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.

### **1.27 Medisch adviseur**

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

### **1.28 Medisch-specialist**

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### **1.29 Mondhygiënist**

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

### **1.30 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 Fysiotherapeuten.

### **1.31 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

### **1.32 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.

### **1.33 Orthodontist**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

### **1.34 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 de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

### **1.34 SOS International**

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

### **1.35 Tandarts**

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

### **1.36 Tandprotheticus**

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit

“opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.

#### **1.37 Verblijf**

Opname met een duur langer dan 24 uur.

#### **1.38 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.

#### **1.40 Verloskundige**

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

#### **1.41 Verzekerde**

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

#### **1.42 Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

#### **1.43 Wet BIG**

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

#### **1.44 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)**

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

#### **1.45 Ziekenhuis**

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

#### **1.46 Zorgverzekeraar**

Fortis Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

### **Artikel 2 Grondslag van de verzekering**

lid 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

De modelovereenkomst, als bedoeld in artikel 1 sub h Zorgverzekeringwet, is vastgelegd in de zorgpolis als bedoeld in artikel 1 sub i Zorgverzekeringwet. Deze zorgpolis (welke is neergelegd in het polisblad) wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekeringnemer. Indien deze een andere persoon is dan de verzekerde, wordt het polisblad verstrekt aan verzekerde.

lid 2 Naast de zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij door verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieder(s) waar op basis van deze polis aanspraak bestaat.

lid 3 De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en verzekeraar op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaatsvindt.

Voor zover met name genoemd wordt de zorg op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar gedeclareerd op basis van een tussen

beide partijen gesloten overeenkomst. De overeenkomst omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt desgewenst toegestuurd door de verzekeraar en is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl).

lid 4 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de 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 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

### **Artikel 3 Prestatiewijze en dekking**

lid 1 Deze zorgpolis omvat de aanspraak op zorg of op vergoeding van kosten. Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

lid 2 Als aanspraak op vergoeding van kosten bestaat, vindt vergoeding plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Als aanspraak op zorg bestaat en als de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. 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 vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 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 zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote

afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

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

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 4 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage verlaagd als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak

lid 5 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

#### **Artikel 4 premie**

lid 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde 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 of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage).

#### **Artikel 5 No-claimteruggave**

lid 1 Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,- heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. De no-claimteruggave wordt afgerond op hele euro's.

Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:  
- de kosten van het gebruik van 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 zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed (kraamzorg en verloskundige zorg).

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 het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.

lid 4 Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op 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 berekend door het te restitueren bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer 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 zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde achttien jaar werd.

lid 6 Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

#### **Artikel 6 Eigen risico**

lid 1 Het eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een eigen risico van €100,-, €200,-, €300,-, €400,- of €500,- eigen risico per kalenderjaar overeenkomen.

lid 3 Indien een eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op de premiebijlage.

lid 4 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:

- a. 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;
- b. 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 de zorgverzekeraar 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.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het eigen risico.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 5, 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 zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 7 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering 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 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 de zorgverzekeraar 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.

#### **Artikel 7 Algemeen**

lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg

dan genoemd in deze polis als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar 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 vergoeding  
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

lid 4 Registratie van de persoonsgegevens  
De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

lid 5 Machtiging  
Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

lid 6 Kennisgeving  
Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

#### **Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/ verzekerde**

lid 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs zijnde een rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- c. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- d. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is. Bij einde detentie dient dit eveneens binnen 30 dagen te worden gemeld aan de zorgverzekeraar.

lid 2 de originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de factuurdatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

lid 3 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden c.q. mag deze de kosten terugvorderen.

#### **Artikel 9 Regres**

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
- b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

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

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

#### **Artikel 10 Fraude**

Lid 1 Fraude is het opzettelijk onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van vergoeding van de verzekeraar. Tevens omvat fraude het met opzet misleiden van de verzekeraar met als doel het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst die de zorgverzekeraar bij juiste kennis van zaken niet of onder andere voorwaarden zou hebben gesloten.

Lid 2 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 van 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 het hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Lid 3 Als er sprake is van fraude als bedoeld in lid 1 van dit artikel, kan dit tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar aangifte doet bij de politie.

Lid 4 De zorgverzekeraar heeft het recht, per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, de overeenkomst te beëindigen

Lid 5 De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen zorgverzekeraars erkende signaleringssystemen.

Lid 6 Als er sprake is van fraude, als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de zorgverzekeraar het recht tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte kosten.

#### **Artikel 11 Onrechtmatige inschrijving**

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 geen of niet langer verzekeringsplicht bestaat.

lid 2 De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

#### **Artikel 12 Premiebetaling en schorsing**

lid 1 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 de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

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

b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 2 Schorsing

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

lid 3 Opschorting bij detentie

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

#### **Artikel 13 Declaraties en schorsing**

lid 1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

#### lid 2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voorzover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

#### lid 3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

#### Lid 4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

#### **Artikel 14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

##### lid 1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

##### lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 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 verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder eigen risico.

#### **Artikel 15 Herziening van premie of voorwaarden**

lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

#### **Artikel 16 Begin en einde van de verzekering**

##### **16.1 Begin van de zorgverzekering**

lid 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering 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 zorgverzekering 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.

##### **16.2 Duur van de zorgverzekering**

lid 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering 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 zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.

lid 3 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop zijn zorgverzekering 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 zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder 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 zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

### 16.3 Beëindiging van rechtswege

lid 1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;  
de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;  
de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;  
de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

lid 2 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering 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 4 De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar 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 zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de zorgverzekering 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 6 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 7 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 12 lid 2 en artikel 13 lid 4 of na fraude als bedoeld in artikel 10.

### Artikel 17 Geschillen

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 de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan het Interne klachtenbureau.

lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.

lid 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

## Artikel 18 Geneeskundige zorg

### Artikel 18.1 Huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

### Artikel 18.2 Medisch-specialistische zorg

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

### lid 2 Ziekenhuis en ZBC

#### a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, 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 vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

#### b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande

verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op voor medisch-specialistische behandeling in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ZBC. De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Een overzicht van de gecontracteerde ZBC's is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl).

Bij zorg in een niet-gecontracteerde ZBC vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de behandeling van de gecontracteerde ZBC's.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

#### **c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten, 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 verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, 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 de vergoeding van kosten voor 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 van de verzekerde, met uitzondering van de tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.

- Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van 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 en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een

borstprothese anders dan na status bij 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 de circumcisie van mannelijke verzekerde (besnijdenis).

#### **Artikel 18.3 Verloskundige zorg en kraamzorg**

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en aanspraak op kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

##### **a. Bevalling en 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 de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 18.2 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

##### **b. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum zonder medische noodzaak**

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van:

- verloskundige hulp 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

##### **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 de vergoeding van kosten van 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 de vergoeding van kosten voor:

a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);

Daarnaast bestaat aanspraak op:

b de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;

c kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een gecontracteerd kraamcentrum, 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 de zorgverzekeraar.

Een overzicht van de gecontracteerde kraamzorgcentra is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl). Om aanspraak te maken op de kraamzorg kan contact opgenomen worden met de afdeling Managed Care.

Op de vergoeding onder c) blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

Bij kraamzorg door een niet-gecontracteerd kraamcentrum vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de kraamzorg als ware deze geleverd door het gecontracteerde kraamcentrum.

#### **Artikel 18.4 Revalidatie**

a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor 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, revalidatie 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).

#### **Artikel 18.5 Orgaantransplantaties**

a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor 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 op de vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van 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 de vergoeding van kosten voor 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 de vergoeding van kosten van de 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 de vergoeding van kosten voor 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 gemeoid 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 op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

#### **Artikel 18.6 Dialyse**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en voor de behandeling benodigde geneesmiddelen en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

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

- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;

- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;

- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan

de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;

- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

#### **Artikel 18.7 Mechanische beademing**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten 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 vergoeding van kosten voor de zorg uit:

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

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch-specialist.

#### **Artikel 18.8 Oncologische aandoening bij kinderen**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch-specialist.

#### **Artikel 18.9 Trombosedienst**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts.

De zorg omvat:

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

#### **Artikel 18.10 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van

ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboonderzoek, 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.

Voor deze zorg is een verwijzing door een medisch-specialist noodzakelijk.

#### **Artikel 18.11 Audiologische zorg**

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor 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 gehoorapparatuur;
- 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.

Voor deze zorg is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts noodzakelijk.

#### **Artikel 18.12 Paramedische zorg**

##### **lid 1 Paramedische zorg**

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. Verder omvat de paramedische zorg de aanspraak op zorg door een gecontracteerde fysiotherapeut. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Paramedische zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend arts of medisch-specialist.

##### **lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder**

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling - de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, 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. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl).

##### **lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar**

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de noodzakelijke behandelingen, door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, 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. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl).

Voor andere dan een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening omvat fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar maximaal negen behandelingen door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch-specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

Bij zorg door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut.

Een overzicht van de gecontracteerde fysiotherapeuten is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl).

#### **lid 4 Ergotherapie**

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar te verlenen door een ergotherapeut in zijn huispraktijk 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 geneeskundig doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar.

### **Artikel 18.13 Mondzorg**

#### **lid 1 Algemeen**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten 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.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist..

#### **lid 2 implantaat**

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

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

#### **lid 3 Orthodontie**

Orthodontische hulp 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.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een begroting en van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist.

#### **lid 4 Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp 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 hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, indien het de vervanging van één 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 hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;  
n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Indien de verzekerde is aangewezen op de hulp, bedoeld onder l. bestaat in afwijking van het bepaalde onder m, aanspraak op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag dient een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd te worden.

#### **lid 5 Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,  
- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.  
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

#### **lid 6 Gebitsprothese**

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor de boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding de kosten in aanmerking van 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.

Ook geldt de voorwaarde dat toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk is als de volledige vervangingsprothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

#### **lid 7 Eigen bijdrage prothese op implantaten**

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening 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 Eigen bijdrage volwassenen**

De verzekerde van achttien jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge 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.

#### **Artikel 18.14 Farmaceutische zorg**

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:

- de door de zorgverzekeraar op basis van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2 De onder artikel 18.14 lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in Het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar. Het Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl) en wordt desgevraagd toegezonden.

De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste 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 in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in zijn Reglement Farmaceutische Zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

De onder artikel 18.14 lid 1 b genoemde aanspraak op de vergoeding van kosten 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 1 sub b genoemde

aanspraak op vergoeding van kosten niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

lid 3 Er is alleen aanspraak op levering van dieetpreparaten als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystic fibrosis of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Voor levering van dieetpreparaten dient tijdig en vooraf schriftelijk toestemming te zijn aangevraagd bij de zorgverzekeraar met behulp van een verwijzing met medische indicatie van de behandelend arts, medisch-specialist of consultatie bureauarts.

Bij levering van dieetpreparaten door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van de dieetpreparaten door de gecontracteerde leveranciers.

Een overzicht van de gecontracteerde leveranciers is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl).

#### **Artikel 18.15 Hulpmiddelenzorg**

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten of op de verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verstrekking van hulpmiddelen geschiedt door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde leverancier.

De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. In het Reglement Hulpmiddelen wordt nader gespecificeerd welke middelen door een gecontracteerde leverancier worden verstrekt en welke middelen voor vergoeding in aanmerking komen.

Bij verstrekking van hulpmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van het betreffende hulpmiddel door de gecontracteerde leveranciers.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl) en wordt desgevraagd toegezonden.

lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende medische 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 Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen indien deze noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten 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 dekking.. Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten die medische hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

#### **Artikel 18.16 Ziekenvervoer**

lid 1 Algemeen

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto.

lid 2 Ambulancevervoer

Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten 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 op de vergoeding van kosten 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 op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer vanaf 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 op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 5 Zittend ziekenvervoer

Mits vooraf aangevraagd, bestaat, van en naar de in lid 3 genoemde zorgverleners, aanspraak op taxivervoer of op de vergoeding van kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, 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 die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden van en 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.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien de zorgverzekeraar 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.

Bij taxivervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 100% van de prijs van het taxivervoer van de door Transvision gecontracteerde vervoerder.

Informatie over Transvision is te vinden op de website [www.fortisasr.nl](http://www.fortisasr.nl). Voor aanspraak op taxivervoer kan verzekerde contact opnemen middels 0900-33 33 33 0 (15 cent per minuut).

lid 6 Hardheidsclausule

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 vervoermiddel, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar 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 noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar 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.

#### **Artikel 18.17 Buitenland**

lid 1 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

\* tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;

\* indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

lid 3 De verzekerde die verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

\* tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.;

\* indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

lid 4 Het tweede lid van dit artikel 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 Ziekenhuisopname melden

Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Lid 6 Betaling

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

#### **Artikel 19 Uitsluitingen:**

Geen aanspraak bestaat op zorg of de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage krachtens de AWBZ 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;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- 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 Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade 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 zorverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde 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.

#### **Artikel 20 Diensten Managed Care**

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat wij actief opzoek gaan om binnen redelijke termijn de beste zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een privé-kliniek), het organiseren van hulpmiddelen, advisering over kraamzorg en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (010) 401 79 84 en per mail via [managed.care@nl.fortis.com](mailto:managed.care@nl.fortis.com).

#### **Clausule Terrorisme**

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.