

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
 - 2 Prestatiewijze en dekking
 - 3 Omvang van de dekking
 - 4 Uitsluitingen
 - 5 Diensten Managed Care
 - 6 Algemeen
 - 7 Premie
 - 8 Premiebetaling en onderbreking van de dekking
 - 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
 - 10 Declaraties en onderbreking van de dekking
 - 11 Regres
 - 12 Fraude
 - 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
 - 14 Herziening van premie of voorwaarden
 - 15 Duur van de verzekering
 - 16 Toepasselijk recht en klachten
- Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.2 Gecontracteerde zorg

Die zorg die de zorgaanbieder, op basis van een tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst ten behoeve van de comfortmodule, mag verlenen dan wel voor vergoeding in aanmerking komt.

1.3 Partner

Echtgeno(o)t(e) of degene met wie de werknemer duurzaam samenwoont.

1.4 Verzekerde

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

1.5 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.6 Zorgverzekeraar

Fortis Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

1.7 Zorgverzekering

Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringwet.

Artikel 2 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze comfortmodule kan door of ten behoeve van elke in Nederland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten. Er wordt uitsluitend vergoeding verleend voor een ziekenhuisopname in een in Nederland gevestigd ziekenhuis.

2.2 Aanvullend op zorgverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een zorgverzekering en/of een aanvullende zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

2.3 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de Comfort Module 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.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

2.4 Overname incasso zorgverlener

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 of derden teveel betaalde.

Artikel 3 Omvang van de dekking

3.1 Comfortarrangement

3.1 Opname in een eenpersoonskamer met een comfortpakket in een gecontracteerd ziekenhuis.

Vergoeding:

- Volledig voor de meerkosten die in rekening worden gebracht voor een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer.
- Volledig voor het comfortpakket.

Voorwaarden:

Er kan aanspraak worden gemaakt op het comfortarrangement indien sprake is van een vooraf geplande, meerdaagse opname. Wanneer verzekerde op de hoogte is gebracht van de noodzaak van een meerdaagse opname door de behandelend arts, dient verzekerde direct contact op te nemen met de afdeling Managed Care. Een eenpersoonskamer kan slechts worden gegarandeerd wanneer gekozen wordt voor een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis.

Toelichting:

Een overzicht van de gecontracteerde ziekenhuizen is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de

website www.fortisasr.nl.

3.2 Opname buiten het comfortarrangement

Wanneer gekozen wordt voor vergoeding conform artikel 3.2.1 dan vervalt vergoeding conform artikel 3.2.2 en vice versa.

3.2.1 Opname in een niet gecontracteerd ziekenhuis of bij een niet-geplande, meerdaagse opname.

Vergoeding:

- Tot € 100,- per opnamedag voor de meerkosten voor een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer.
- Tot € 30,- per opnamedag voor het comfortpakket.

Voorwaarden:

Er kan aanspraak worden gemaakt indien er sprake is van een vooraf geplande, meerdaagse opname of van een acute, meerdaagse opname. Wanneer verzekerde op de hoogte is gebracht van de noodzaak van een meerdaagse opname door de behandelend arts, dient verzekerde direct contact op te nemen met de afdeling Managed Care. De kosten voor het gebruik van de faciliteiten, welke binnen het comfortpakket vallen, dienen door middel van facturen bij de zorgverzekeraar te worden gedeclareerd. Indien geen éénpersoonskamer beschikbaar is, wordt de € 100,- daggeldvergoeding per opnamedag volledig uitgekeerd.

Toelichting:

Een comfortpakket kan bestaan uit: TV, gebruik van telefoon (inclusief de kosten voor gesprekken binnen Nederland), internetaansluiting, koelkast gevuld met frisdrank, gratis krant of tijdschrift, doorlopende bezoekenregeling, gratis thee en koffie voor het bezoek, luxe maaltijd of extra verstrekkingen.

3.2.2 Opname in een tweepersoonskamer in een gecontracteerd ziekenhuis.

Vergoeding:

- Volledig voor de meerkosten die in rekening worden gebracht voor een ziekenhuisopname in een tweepersoonskamer.
- € 30,- per opnamedag daggeldvergoeding.
- Volledig voor het comfortpakket.

Voorwaarden:

Er kan aanspraak worden gemaakt indien er sprake is van een vooraf geplande, meerdaagse opname. Wanneer verzekerde op de hoogte is gebracht van de noodzaak van een meerdaagse opname door de behandelend arts, dient verzekerde direct contact op te nemen met de afdeling Managed Care. De kosten voor het gebruik van de faciliteiten, welke binnen het comfortpakket vallen, dienen door middel van facturen bij de zorgverzekeraar te worden gedeclareerd.

Toelichting:

Een overzicht van de gecontracteerde ziekenhuizen is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op de website www.fortisasr.nl.

3.3 Vitaliteits- en herstelarrangementen

3.3.1 Vitaliteits- en herstelarrangementen.

Arrangementen voor verblijf in een hotel voor verzekerde

en partner.

Vergoeding:

Afhankelijk van de benodigde operatie en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden.

Voorwaarden:

Verblijf geschiedt in een door de zorgverzekeraar daartoe aangewezen hotel. Er kan aanspraak worden gemaakt op de arrangementen, indien sprake is van een vooraf geplande, meerdaagse opname. Wanneer verzekerde op de hoogte is gebracht van de noodzaak van een meerdaagse opname door de behandelend arts, dient verzekerde direct contact op te nemen met de afdeling Managed Care.

Toelichting:

De arrangementen zijn beschikbaar voor een aantal specifieke operaties. Voor een aantal arrangementen is een eigen bijdrage van toepassing. Informatie over de operaties en de arrangementen zijn te vinden op www.fortisasr.nl of door contact op te nemen met de afdeling Managed Care.

Artikel 4 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

4.1 Na-u-clausule

de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

4.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:

- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

4.3 AWBZ

verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen;

4.4 Eigen bijdrage AWBZ

eigen bijdragen krachtens de AWBZ;

4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.6 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;

4.7 Opzet

kosten als het verzuim van de verzekerde of het uitvallen van de partner voor verzorgende werkzaamheden is veroorzaakt:

- met opzet of goedvinden van de verzekeringnemer;
- door grove schuld aan de zijde van de verzekeringnemer;

4.8 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;

- indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking.

4.9 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

4.9.1 De uitsluiting onder 4.9 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

4.9.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.9.1 geen toepassing.

Artikel 5 Diensten Managed Care

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer 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.

Artikel 6 Algemeen

6.1 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve

beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.

6.2 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden 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.

6.3 Privacyreglement

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de zorgverzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" en het addendum Zorgverzekeraars van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: (070) 333 87 77, www.verzekeraars.nl.

6.4 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.

6.5 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.

6.6 Materiële controle

Materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringwet.

Artikel 7 Premie

7.1 Premie verschuldigd

Krachtens de verzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

7.2 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

Artikel 8 Premiebetaling en onderbreking van de dekking

8.1 Premiebetaling

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 verzekeraar te vorderen vergoeding.

8.2 Onderbreking van de dekking

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 verzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

9.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

9.2 Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

9.3 Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer en/of verzekerde dient 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.

9.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld.

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 10 Declaraties en onderbreking van de dekking

10.1 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.

10.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 10.1 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.

10.3 Vordering in het algemeen

De in artikel 10.2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

10.4 Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt 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 dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 11 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 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 in dit artikel bepaalde is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Artikel 12 Fraude

12.1 Definitie

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.

12.2 Vervallen rechten

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.

12.3 Aangifte

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.

12.4 Einde overeenkomst

De zorgverzekeraar heeft het recht de overeenkomst, in geval van fraude te beëindigen.

12.5 Registratie fraude

De zorgverzekeraar kan registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

12.6 Vordering

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.

12.7 Fraudeonderzoek

Fraudeonderzoek zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

13.1 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 beëindiging bedrijfsvoering, overnames, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Artikel 14 Herziening van premie of voorwaarden

14.1 Herziening

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgdienstenmodules en 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 schriftelijk mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

Heeft de zorgverzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 15 Duur van de verzekering

15.1 Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

15.2 Looptijd

Vanaf 1 januari voor onbepaalde tijd, met jaarlijks de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen.

15.3 Einde van de verzekering

15.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:
15.3.1.1 Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 onderbreking van de dekking, te beëindigen;
15.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12.1, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet verzekeraar te misleiden dan wel verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.
15.3.2 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:
15.3.2.1 Tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;
15.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat.

Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van verzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt.

15.3.2.3 Indien binnen twee maanden nadat de verzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan.

De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

15.3.2.4 Indien de bij de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering eindigt, kan verzekeringsnemer de aanvullende verzekering eveneens laten eindigen. In dit geval eindigt de aanvullende verzekering gelijktijdig met de zorgverzekering. Opzegging van de aanvullende verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

15.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

15.3.3.1 De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;

15.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

Artikel 16 Toepasselijk recht en klachten

16.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

16.2 Klachten

16.2.1 Intern klachtenbureau

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 interne klachtenbureau.

16.2.2 Ombudsman Zorgverzekeringen

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

16.2.3 De rechter

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

Clausule terrorismedekking

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

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