

# Extra Zekerheid Pakket Ziekenfonds

## Inhoudsopgave

## Artikelnummer

### Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Definities .....	1
Begripsomschrijving .....	2
Grondslag van de verzekering .....	3
Aanmelding en aanvang verzekering .....	4
Premie .....	5
Herziening van premie en/of verzekeringsvoorwaarden .....	6
Strekking van de verzekering .....	7
Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht .....	8
Dekkingsgebied .....	9
Samenloop van verzekeringen .....	10
Aansprakelijkheid van derden .....	11
Aanspraak op toezeggingen .....	12
Opschorting dekking/vervallen rechten .....	13
Gezins- en adreswijziging .....	14
Duur en beëindiging van de verzekering .....	15
Opzegging van de verzekering door de Maatschappij .....	16
Uitsluitingen .....	17
Geschillen .....	18
Persoonsgegevens .....	19
Niet voorziene gevallen .....	20
Slotbepaling .....	21
Clausule Terrorismedekking .....	22

### Omvang van de Dekking Extra Zekerheid Pakket Basis

Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem) .....	1
Plaswекker .....	2
Therapeutische hulp .....	3
Diëtist .....	4
Bezoekkostenregeling ziekenhuis .....	5
Tandheelkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval .....	6
Fysiotherapie .....	7
Geneeskundige kosten in het buitenland .....	8
Zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek) .....	9

### Omvang van de Dekking Extra Zekerheid Pakket Uitgebreid

Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem) .....	1
Plaswекker .....	2
Therapeutische hulp .....	3
Diëtist .....	4
Bezoekkostenregeling ziekenhuis .....	5
Tandheelkundige hulp .....	6
Fysiotherapie .....	7
Geneeskundige kosten in het buitenland .....	8
Zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek) .....	9
Gezins hulp/prenatale hulp .....	10

Brilmontuur en glazen of contactlenzen .....	11
Ronald McDonald Huis .....	12
Verblijf in herstellingsoorden .....	13
Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen .....	14
Sport Medisch Adviescentrum (SMA) .....	15
Steunzolen/inlays/push-brace .....	16
Buitenlandpreventiepakket/preventieve geneeskunde .....	17
Eigen bijdrage hulpmiddelen .....	18
Orthopedagogische hulp .....	19
Psychotherapie .....	20
Kraamzorg/verloskamer .....	21
Hulpmiddelen .....	22

# Algemene Verzekeringsvoorwaarden

## ARTIKEL 1 Definities

**1.1 Maatschappij:** Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

**1.3 Verzekeringnemer:** Degene die de verzekeringsovereenkomst met de Maatschappij is aangegaan.

**1.4 Verzekerde:** Ieder die op het bewijs van inschrijving/de polis als zodanig staat vermeld.

## ARTIKEL 2 Begripsomschrijving

**2.1 Apotheker:** Een in Nederland gevestigde apotheker, die wettelijk bevoegd is tot de uitoefening van de artseneijbereidkunst.

**2.2 Arts:** Ieder in het bezit van het artsdiploma, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**2.3 Boekjaar/kalenderjaar:** De periode van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar.

**2.4 CTG:** College Tarieven Gezondheidszorg.

**2.5 Diëtist:** Een in Nederland gevestigde voeding- en dieetvoorlichtingsdeskundige, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en lid is van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).

**2.6 Fysiotherapeut:** Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**2.7 Hoofdverzekering:** De door de Maatschappij gevoerde particuliere ziektekostenverzekering, de op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) gevoerde verzekering, of de ziekenfondsverzekering afgesloten bij het ziekenfonds van de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten

**2.8 Huidtherapeut:** Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

**2.9 Huisarts:** Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

**2.10 Kraamcentrum:** Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door verzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling.

**2.11 Kraamzorg:** De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

- 2.12 Medisch adviseur:** De door de Maatschappij aangewezen arts die de Maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.
- 2.13 Oefentherapeut César/Mensendieck:** Een in Nederland gevestigde oefentherapeut César/Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
- 2.14 Ongeval:** Elke gebeurtenis waarbij de verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buitenkomende inwerking van geweld op het lichaam, waardoor in één ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht en als gevolg hiervan dit letsel medisch is vast te stellen.
- 2.15 Orthopedagoog:** Een in Nederland gevestigde orthopedagoog die geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen.
- 2.16 Podotherapeut:** Een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie (NVP).
- 2.17 Psychologische hulpverlener:** Eerstelijnspsycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog.  
GZ-psycholoog: Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog die is afgestudeerd in de psychologie en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en werkzaam is in de eerste lijn. Orthopedagogen vallen niet onder deze omschrijving.
- 2.18 Specialist:** Een in Nederland gevestigde arts, die staat ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
- 2.19 Spoedeisende behandeling in het buitenland:** Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.
- 2.20 Verzekeringsduur:** In de “Omvang van de Dekking” wordt onder de term verzekeringsduur verstaan de duur van de bestaande relatie tussen de Maatschappij en de verzekerde, ook indien deze op enig moment voor korte of langere tijd onderbroken wordt.
- 2.21 Wachtermijn:** Een krachtens de verzekeringsvoorwaarden geldende of anderszins overeengekomen termijn, die een aanvang neemt bij het ingaan van de verzekering en binnen welke termijn geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt.
- 2.22 Wet BIG:** Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
- 2.23 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC):** Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling) en dat als zodanig door de bevoegde overheid is toegelaten.
- 2.24 ZFW:** Ziekenfondswet.
- 2.25 Ziekenhuis:** Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

### **ARTIKEL 3 Grondslag van de verzekering**

3.1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of verzekerde versprekt, gelden als grondslag van deze verzekering. De Maatschappij kan zonder opgaaf van redenen een aanvraag afwijzen of bepalen kwalen, ziekten of gebreken van uitkering uit te sluiten; bij een dergelijke uitsluiting blijven de verschuldigde premies ongewijzigd.

3.2 Deze aanvullende verzekering is gekoppeld aan de hoofdverzekering. Indien de hoofdverzekering wordt beëindigd, geldt deze beëindiging ook voor deze aanvullende verzekering .

### **ARTIKEL 4 Aanmelding en aanvang verzekering**

4.1 Bij het aangaan van de verzekering kan men in het algemeen volstaan met het invullen van een aanmeldingsformulier met een vereiste gezondheidsverklaring van de aspirant-verzekerde. Na acceptatie door de Maatschappij, geadviseerd door de medisch adviseur, gaat de verzekering in op de datum die door de Maatschappij op het bewijs van lidmaatschap is vermeld.

4.2 Deze verzekering kan worden afgesloten door:

- ziekenfondsverzekerden ingeschreven bij het ziekenfonds van de Maatschappij
- ziekenfondsverzekerden, waarvan de partner voor particuliere ziektekosten bij de Maatschappij verzekerd is.

4.3 Alleen personen, die de leeftijd van 65 jaar nog niet hebben bereikt, kunnen verzekerd worden.

4.4 De aanvraag kan zonder opgaaf van redenen door de Maatschappij geweigerd worden.

### **ARTIKEL 5 Premie**

5.1 De premie wordt vastgesteld op basis van de gemaakte kosten en de noodzakelijke voorzieningen en reserveringen.

5.2 De in rekening te brengen premie dient op de premievalidatum van de nota te zijn voldaan. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoedingen.

5.3 Bij het aangaan van de verzekering is voor de lopende kalendermaand geen premie verschuldigd. Bij beëindiging van de verzekering is voor de lopende kalendermaand de volledige premie verschuldigd.

### **ARTIKEL 6 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico**

6.1 De Maatschappij heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden, de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs -op een door de Maatschappij vast te stellen datum- te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het van toepassing zijnde eigen risico.

6.2 Ingeval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer -met inachtneming van het gestelde in lid 6.3 en 6.4- het recht de verzekeringsovereenkomst schriftelijk te

beëindigen. Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

**6.3** Indien de Maatschappij vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van de verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe verzekeringsvoorwaarden, premie en/of eigen risico.

**6.4** De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekeringsovereenkomst bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door een verzekerde;
- c. een premiewijziging betrekking hebbende op een wijziging van de wettelijke bijdrage/wettelijke eigen risico en/of invoering c.q. wijziging van de nominale AWBZ-premie.

## **ARTIKEL 7 Strekking van de verzekering**

Voor elk op het bewijs van inschrijving/de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten voor de verstrekkingen, zoals deze staan omschreven in de "Omvang van de Dekking". Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG. De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is (conform artikel 251 Wetboek van Koophandel) bevoegd met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsvoorwaarden in te roepen, indien de mededelingen in het aanmeldingsformulier, dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde verzekeringsvoorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij hiervan kennis had gedragen.

## **ARTIKEL 8 Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht**

**8.1** Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, dient de verzekeringnemer er zorg voor te dragen dat binnen een half jaar na de dagtekening van de originele nota deze bij de Maatschappij is ingediend.

**8.2** Alle nota's dienen op zodanige wijze gespecificeerd te zijn, dat de Maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij gehouden is. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Originele anderstalige nota's dienen op een zodanige wijze te zijn opgemaakt en/of vertaald te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij gehouden is. Indien de Maatschappij van oordeel is dat de nota vertaling behoeft dan kan de Maatschappij verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler. Vertaalkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking;

**8.3** Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG.

**8.4** Elke vordering van een verzekerde jegens de Maatschappij vervalt, indien de originele nota's niet binnen 1 jaar na dagtekening van de nota bij de Maatschappij zijn ingediend.

8.5 Het indienen van de nota('s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de nota wel of niet is betaald en deze te zenden naar het centrale correspondentie-adres van de Maatschappij:

**Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij**  
**AnderZorg N.V.**  
**Postbus 11072**  
**9700 CB GRONINGEN**

## **ARTIKEL 9 Dekkingsgebied**

9.1 De dekking van deze aanvullende verzekering is uitsluitend geldig binnen Nederland.

**9.2 Woonachtig in Nederland, medische behandeling in een andere lidstaat van de EU/EER**  
Medische behandeling in een andere EU/EER-lidstaat (na voorafgaande toestemming):

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met hulp in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende hulp, tot ten hoogste 100% van de kosten indien de hulp in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zouden zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoeding en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.
- b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland. In ieder geval dient voor de behandeling vooraf een schriftelijke machtiging van de Maatschappij te zijn ontvangen, zonder de welke er geen vergoeding van kosten zal kunnen plaatsvinden.

## **ARTIKEL 10 Samenloop van verzekeringen**

Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidie-regeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op verstrekkingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig.

## **ARTIKEL 11 Aansprakelijkheid van derden**

Verzekerde is verplicht de Maatschappij behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door de Maatschappij geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde de Maatschappij direct te informeren. Verzekerde verschaft de Maatschappij desgevraagd de inlichtingen die de Maatschappij redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde.

In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van de Maatschappij met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor de Maatschappij in haar belangen kan worden geschaad.

## **ARTIKEL 12 Aanspraak op toezeggingen**

Uitsluitend wanneer de Maatschappij telefonische of mondelinge toezeggingen schriftelijk heeft bevestigd, kan door verzekerde aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de betreffende verstrekking(en).

## **ARTIKEL 13 Opschorting dekking/vervallen rechten**

**13.1** Bij niet betaling van de premie en wettelijke bijdragen binnen 30 dagen na de premievervaldatum, vervalt het recht op vergoeding, terwijl de verplichting tot premiebetaling blijft bestaan. Ingebrekestelling door de Maatschappij is hiervoor niet nodig.

**13.2** Vanaf de eerste dag waarover de achterstallige premie verschuldigd is, tot aan de dag volgend op de dag waarop de achterstallige premie alsnog is voldaan, vervalt het recht op vergoeding; dat wil zeggen dat na het opnieuw van kracht worden van de dekking er geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoedingen van kosten gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om deze te maken zich geopenbaard heeft in de periode van opschorting van de dekking, ondanks eventueel eerder afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

**13.3** De dekking wordt onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten van invordering door de Maatschappij zijn ontvangen, tenzij de verzekering door de Maatschappij is c.q. wordt beëindigd wegens wanbetaling.

**13.4** Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

**13.5** Geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend in geval verzekerde zich ten tijde van het ontstaan van de medische kosten buiten Nederland heeft gevestigd c.q. zijn/haar vaste woon- of verblijfplaats in het buitenland heeft.

## **ARTIKEL 14 Gezins- en adreswijziging**

**14.1** De verzekeringnemer dient aan de Maatschappij schriftelijk mededeling te doen van alle wijzigingen zoals verandering van adres, verandering van gezinssamenstelling en overlijden en wel binnen één maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden.

**14.2** Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bij de Maatschappij bekend adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

## **ARTIKEL 15 Duur en beëindiging van de verzekering**

**15.1** Bij toetreding op 1 januari wordt de verzekering aangegaan voor de duur van het kalenderjaar en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

**15.2** Ingeval de verzekering in de loop van een kalenderjaar aanvangt, wordt de overeenkomst voor het lopende kalenderjaar aangegaan én het daarop volgende kalenderjaar, met dien verstande dat de verzekering daarna stilzwijgend van jaar tot jaar wordt verlengd.

**15.3** Opzegging van de verzekering dient vóór 1 november van enig jaar bij aangetekend schrijven in het bezit te zijn van de Maatschappij.

**15.4** Tussentijdse beëindiging kan alleen plaatsvinden:

- door overlijden van een verzekerde
- door vestiging in het buitenland
- bij beëindiging van de hoofdverzekering van de Maatschappij op de bijzondere gronden, die voor de hoofdverzekering van toepassing zijn
- bij premieverhoging.



## **ARTIKEL 16 Opzegging van de verzekering door de Maatschappij**

**16.1** De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de verzekeringnemer niet aan de betalingsverplichtingen jegens de Maatschappij binnen de gestelde termijnen heeft voldaan, terwijl de verplichting tot betaling met betrekking tot de vordering blijft bestaan.

**16.2** De Maatschappij heeft het recht de verzekering onmiddellijk eenzijdig te beëindigen ingeval:

- van onjuiste opgave of verzwijging, als bedoeld in artikel 3;
- van opschorting van de dekking, als bedoeld in de artikelen 13.2 en 13.3;
- verzekeringnemer en/of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt/maken aan (een poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijvingen (zoals dwang en bedreiging). In die gevallen zullen zowel de hoofdverzekering als ook de aanvullende verzekeringen worden beëindigd met ingang van de dag waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden of op een andere door de Maatschappij te bepalen datum. Ook ingeval het vorenstaande betrekking heeft op een ziekenfondsverzekering, beëindigt de Maatschappij de aanvullende verzekeringen van alle verzekerden.
- de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is.

## **ARTIKEL 17 Uitsluitingen**

**17.1** Geen aanspraak kan worden gemaakt op de vergoeding van kosten van medische behandeling die een zorgverlener aan zichzelf of zijn/haar gezinsleden in rekening brengt.

## **ARTIKEL 18 Geschillen**

Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij kan verenigen dient hij de volgende regels in acht te nemen. Binnen zes weken nadat die beslissing aan hem is meegedeeld zal hij het geschil voorleggen aan de Maatschappij, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 11072, 9700 CB te Groningen. De Maatschappij dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij.

Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

## **ARTIKEL 19 Persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekering en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.

## **ARTIKEL 20 Niet voorziene gevallen**

In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

## **ARTIKEL 21 Slotbepaling**

Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking op 1 januari 2004. Alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden komen hiermee te vervallen.

## **ARTIKEL 22 Clausuleblad Terrorismedekking**

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Op de verzekering is het clausuleblad van toepassing ten aanzien van het terrorisme-risico zoals vastgesteld door de NHT.

# Omvang van de Dekking

## Extra Zekerheid Pakket Basis

### ARTIKEL 1 Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Mits op voorschrift van een arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige worden tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van geregistreerde geneesmiddelen vergoed die buiten het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) vallen en op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd.

Het voorgeschreven geneesmiddel dient te worden afgeleverd onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Niet vergoed worden de kosten van:

- homeopatische, antroposofische en fytotherapeutische middelen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- de eigen bijdrage, die krachtens het GVS-systeem wordt opgelegd;
- anticonceptiva.

### ARTIKEL 2 Plaswekker

Mits op voorschrift van de behandelend kinderarts wordt door de Maatschappij een 80% vergoeding verstrekt voor de huurkosten van een plaswekker voor de duur van maximaal drie maanden.

De kosten van vervangende batterijen komen voor rekening van verzekerde. Eventuele verzend- en administratiekosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### ARTIKEL 3 Therapeutische hulp

#### 3.1 Camouflagetherapie

Mits op voorschrift van de specialist en indien de behandeling geschiedt door een erkend huidtherapeut, bestaat na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij recht op een éénmalige vergoeding van camouflagetherapie. De vergoeding bedraagt 80% van de kosten tot maximaal € 363,- per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur, indien de verzekerde sterk ontzierende littekens of ontzierende huidvlekken in het gelaat en hals heeft. In de vergoeding zijn tevens inbegrepen de kosten van de lessen, alsmede de voor de lessen noodzakelijke pasta's, crèmes en poeders.

#### 3.2 Podotherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist vergoedt de Maatschappij éénmaal per 12 maanden 80% van de kosten van consult, onderzoek en/of behandeling door een podotherapeut met een maximum van € 68,- per persoon.

Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure, behalve in geval van diabetes mellitus (suikerziekte).

#### 3.3 Elektrische epilatie

Mits de kosten per vrouwelijke verzekerde meer dan € 182,- per 12 maanden bedragen en hierbij vooraf toestemming door de Maatschappij is gegeven en de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts of specialist waaruit duidelijk de medische noodzaak blijkt, vergoedt de Maatschappij 80% van de kosten van elektrische epilatie, met een maximum van € 908,- voor de gehele duur van de verzekering.

#### **ARTIKEL 4 Diëtist**

Op verwijzing van de huisarts of specialist worden de consulten bij een diëtist(e) vergoed. De maximale vergoeding bedraagt € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

#### **ARTIKEL 5 Bezoekkostenregeling ziekenhuis**

Indien een verzekerde in een ziekenhuis is opgenomen, wordt in verband met ziekenbezoek een bijdrage verstrekt in de voor rekening van een op deze polis meeverzekerd familielid komende kosten van vervoer, met inachtneming van de navolgende bepalingen:

- a. de bijdrage wordt uitsluitend verleend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij
- b. het gezinslid is opgenomen in een in Nederland door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling, welke is gelegen op een afstand van minimaal 30 kilometer en maximaal 100 kilometer (over de weg) van het woonadres van het betrokken gezinslid. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt gerekend over de kortste weg
- c. indien van de eigen auto gebruik wordt gemaakt, verstrekt de Maatschappij ongeacht het aantal inzittenden een bijdrage op basis van € 0,20 per gereden kilometer
- d. ingeval verzekerde van het openbaar vervoer gebruik maakt, wordt door de Maatschappij bij het overleggen van een geldig vervoersbewijs voor maximaal twee gezinsleden een bijdrage verstrekt. Uit de datum en de bestemming van dit bewijs moet duidelijk kunnen worden opgemaakt, dat de kosten van het vervoer verband houden met het ziekenbezoek aan het gezinslid
- e. de in lid c. en d. genoemde bijdragen worden verleend tot ten hoogste 3 bezoeken per patiënt per opname voor maximaal twee ziekenhuisopnamen per kalenderjaar
- f. bij een aaneengesloten verblijf van 365 dagen in een instelling als bedoeld in lid b, wordt de bijdrage voor het vervoer gemaximeerd op basis van 12 bezoeken gedurende het eerste jaar van het verblijf in de instelling.

#### **ARTIKEL 6 Tandheelkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval**

Ingeval van een ongeval vergoedt de Maatschappij de hierop betrekking hebbende tandheelkundige kosten tot ten hoogste € 227,- per gebeurtenis, mits deze kosten niet te verhalen zijn op (aansprakelijke) derden en/of andere verzekeringen en/of hiervoor bestaande voorzieningen, al dan niet van oudere datum.

Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maanden periode ingaat op de datum van het ongeval.

#### **ARTIKEL 7 Fysiotherapie**

In aanvulling op de bestaande vergoedingsregeling fysiotherapie en oefentherapie César/Mensendieck van de hoofdverzekering worden in totaal maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar vergoed.

De vergoeding van de behandelingen manuele therapie en kindfysiotherapie bedraagt maximaal het tarief voor fysiotherapie(zittingentarief); deze behandelingen vallen ook onder het bovengenoemde maximum aantal van 9 behandelingen.

#### **ARTIKEL 8 Spoedeisende behandeling bij verblijf in het buitenland**

**8.1.1** Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek niet voorziene geneeskundige hulp gedurende tijdelijk verblijf van ten hoogste zes maanden in het buitenland met inachtneming van het gestelde in lid 1.2 van dit artikel. Ingeval van een ziekenhuisopname wordt de vergoeding beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.

8.1.2 Bij medische behandeling tijdens verblijf in de landen buiten de EU/EER, niet zijnde verdragslanden, wordt een bedrag uitgekeerd, zijnde maximaal 200% van de kosten, die bij soortgelijke behandeling in Nederland krachtens de Ziekenfondswet zouden zijn vergoed.

8.1.3 De kosten van zorgverlening uitgevoerd door de Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

8.1.4 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de behandeling in het buitenland plaatsvond.

Uitgesloten van deze dekking is de reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

8.2 Voorwaarden voor de buitenlanddekking:

- a. De zorgverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De zorgverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. De zorgverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens de Maatschappij, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisarts hulp, apothekers hulp en, voor zover onder de dekking vallend, tandheelkundige hulp.
- e. De verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale, telefoon: + 31 (0)50 – 523 47 90, ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel van arts) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is houden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- g. Er bestaat geen dekking indien de ziekenfondsverzekering van verzekerde bestaat op basis van een vrijwillige overbrugging en verzekerde in een niet-verdragsland overeenkomstig de Ziekenfondswet verblijft.

8.3 Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.

## **ARTIKEL 9 Zelfstandig BehandelCentrum (privé-kliniek)**

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van behandeling in een ZBC in Nederland.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven, én
- de behandeling in dagverpleging plaatsvindt.

De vergoeding van de in rekening gebrachte kosten bedraagt nooit meer dan de door het CTG vastgestelde tarieven.

# Omvang van de Dekking

## Extra Zekerheid Pakket Uitgebreid

### ARTIKEL 1 Niet of buiten GVS-middelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Mits op voorschrift van een arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige worden tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van geregistreerde geneesmiddelen vergoed die buiten het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vallen en op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd.

Het voorgeschreven geneesmiddel dient te worden afgeleverd onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Niet vergoed worden de kosten van:

- homeopatische, antroposofische en fytotherapeutische middelen
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- de eigen bijdrage, die krachtens het GVS-systeem wordt opgelegd;
- anticonceptiva.

### ARTIKEL 2 Plaswekker

Mits op voorschrift van de behandelend kinderarts worden de huurkosten van een plaswekker door de Maatschappij vergoed voor de duur van maximaal drie maanden.

De kosten van vervangende batterijen komen voor rekening van verzekerde. Eventuele verzend- en administratiekosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### ARTIKEL 3 Therapeutische hulp

#### 3.1 Huidtherapie

Mits op voorschrift van de specialist en indien de behandeling geschiedt door een erkend huidtherapeut, bestaat na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij recht op de volgende vergoedingen:

##### a. camouflagetherapie

Een éénmalige vergoeding per verzekerde tot maximaal € 454,-, indien de verzekerde sterk ontzierende littekens of ontzierende huidvlekken in het gelaat en hals heeft. In de vergoeding zijn tevens inbegrepen de kosten van de lessen, alsmede de voor de lessen noodzakelijke pasta's, crèmes en poeders.

##### b. lymfedrainage

Per verzekerde wordt maximaal € 34,- per behandeling vergoed met een maximum aantal van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

##### c. acné-behandeling

Per verzekerde wordt éénmalig een vergoeding verleend van de in rekening gebrachte kosten in verband met acné-behandeling tot maximaal € 182,- voor de gehele verzekeringsduur.

#### 3.2 Podotherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist worden éénmaal per 12 maanden de kosten vergoed van consult, onderzoek of behandeling door een podotherapeut. Voorgeschreven prothesen worden vergoed conform artikel 16 van de "Omvang van de Dekking".

Niet vergoed worden behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure, behalve in geval van Diabetes Mellitus (suikerziekte).

### 3.3 Elektrische epilatie

Mits de kosten per vrouwelijke verzekerde meer dan € 182,- per 12 maanden bedragen en hierbij vooraf toestemming door de Maatschappij is gegeven en de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts of specialist waaruit duidelijk de medische noodzaak blijkt, vergoedt de Maatschappij de kosten van elektrische epilatie, met een maximum van € 1134,- voor de gehele duur van de verzekering.

### 3.4 Stottertherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist worden vergoed de kosten van stottertherapie volgens de stotterbehandelingsmethode van het Del Ferro Instituut. De vergoeding hiervoor bedraagt 100% met een maximum van € 454,- per verzekerde per kalenderjaar. Mits en zolang recht op vergoeding bestaat voor stottertherapie worden tevens de kosten van een eventueel verblijf in het instituut, alwaar de stottertherapie wordt gegeven, volledig door de Maatschappij vergoed.

### 3.5 Psoriasisbehandeling

Na verwijzing van de huisarts of dermatoloog en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij wordt vergoeding van de kosten verleend voor behandeling in een in Nederland gevestigd psoriasisdagbehandelingscentrum. De vergoeding bedraagt 80% van de kosten met een maximum van € 454,- per verzekerde per 12 maanden. Geen uitkering wordt gedaan voor de reiskosten naar en van de plaats alwaar de behandeling plaatsvindt. Bij UVB-thuisbelichting vergoedt de Maatschappij 80% van de huurkosten met een maximum van € 227,- per kalenderjaar. Indien de verzekerde besluit tot aankoop van de apparatuur vergoedt de Maatschappij éénmalig per 60 maanden vanaf aankoop € 454,- onder aftrek van de reeds uitgekeerde huurkosten.

## ARTIKEL 4 Diëtist

Op verwijzing van de huisarts of specialist worden de consulten bij een diëtist(e) vergoed. De maximale vergoeding bedraagt € 129,- per verzekerde per kalenderjaar.

## ARTIKEL 5 Bezoekkostenregeling ziekenhuis

Indien een verzekerde in een ziekenhuis is opgenomen, wordt in verband met ziekenbezoek een bijdrage verstrekt in de voor rekening van een op deze polis meeverzekerd familielid komende kosten van vervoer, met inachtneming van de navolgende bepalingen:

- a. de bijdrage wordt uitsluitend verleend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij
- b. het gezinslid is opgenomen in een in Nederland door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling, welke is gelegen op een afstand van minimaal 30 kilometer en maximaal 100 kilometer (over de weg) van het woonadres van het betrokken gezinslid. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt gerekend over de kortste weg
- c. indien van de eigen auto gebruik wordt gemaakt, verstrekt de Maatschappij ongeacht het aantal inzittenden een bijdrage op basis van € 0,20 per gereden kilometer
- d. ingeval verzekerde van het openbaar vervoer gebruik maakt, wordt door de Maatschappij bij het overleggen van een geldig vervoersbewijs voor maximaal twee gezinsleden een bijdrage verstrekt. Uit de datum en de bestemming van dit bewijs moet duidelijk kunnen worden opgemaakt, dat de kosten van het vervoer verband houden met het ziekenbezoek aan het gezinslid
- e. de in lid c. en d. genoemde bijdragen worden verleend tot ten hoogste 3 bezoeken per patiënt per opname voor maximaal twee ziekenhuisopnamen per kalenderjaar
- f. bij een aaneengesloten verblijf van 365 dagen in een instelling als bedoeld in lid b, wordt de bijdrage voor het vervoer gemaximeerd op basis van 12 bezoeken gedurende het eerste jaar van het verblijf in de instelling.

## **ARTIKEL 6 Tandheelkundige hulp**

### **6.1 Tandheelkundige hulp inzake stifttanden, kronen en dummy's**

Ingeval van tandheelkundige behandeling kan verzekerde uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor stifttanden, kronen en dummy's. De vergoeding bedraagt maximaal € 159,- per element tot een maximum van € 454,- per drie jaar.

### **6.2 Tandheelkundige-prothetische hulp**

Ingeval van tandheelkundige-prothetische hulp kan verzekerde éénmaal per vijf jaar aanspraak maken op een bijdrage in de kosten voor een gebitsprothese, die is geleverd door een tandarts/tandprotheticus/ tandtechniker. De hoogte van de vergoeding bedraagt respectievelijk € 159,- voor een volledige prothese (P30), € 91,- voor een onder- (P25) en € 68,- voor een bovenprothese (P21).

**6.3** Voor de in lid 1 en 2 van dit artikel genoemde verstrekkingen geldt een wachttermijn van één jaar, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van reparatie(s).

### **6.4 Tandheelkundige kosten die rechtstreeks verband houden met een ongeval**

In geval van een ongeval vergoedt de Maatschappij de hierop betrekking hebbende tandheelkundige kosten tot ten hoogste € 454,- per verzekerde per gebeurtenis, mits deze kosten niet te verhalen zijn op (aansprakelijke) derden en/of andere verzekeringen en/of hiervoor bestaande voorzieningen, al dan niet van oudere datum. Per 12 maanden wordt terzake van één ongeval vergoeding verleend, waarbij de 12-maanden periode ingaat op de datum van het ongeval.

## **ARTIKEL 7 Fysiotherapie**

In aanvulling op de bestaande vergoedingsregeling fysiotherapie en oefentherapie César/ Mensendieck van de hoofdverzekering worden ongeacht de indicatie maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar vergoed. De vergoeding van de behandelingen manuele therapie en kinderfysiotherapie bedraagt maximaal het tarief voor fysiotherapie (zittingentarief); deze behandelingen vallen ook onder het bovengenoemde maximum aantal van 9 behandelingen.

## **ARTIKEL 8 Spoedeisende behandeling bij verblijf in het buitenland**

**8.1.1** Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek niet voorziene geneeskundige hulp gedurende tijdelijk verblijf van ten hoogste zes maanden in het buitenland met inachtneming van het gestelde in lid 1.2 van dit artikel. Ingeval van een ziekenhuisopname wordt de vergoeding beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.

**8.1.2** Bij medische behandeling tijdens verblijf in de landen buiten Europa wordt een bedrag uitgekeerd, zijnde maximaal 200% van de kosten, die bij soortgelijke behandeling in Nederland krachtens de ZFW zouden zijn vergoed.

**8.1.3** De kosten van zorgverlening uitgevoerd door de Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

**8.1.4** Vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de behandeling in het buitenland plaatsvond.



Uitgesloten van deze dekking is de reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

### 8.2 Voorwaarden voor de buitenlanddekking:

- a. De zorgverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De zorgverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. De zorgverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens de Maatschappij, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp, apothekershulp en, voor zover onder de dekking vallend, tandheelkundige hulp.
- e. De verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale, telefoon: + 31 (0)50 – 523 47 90, ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel van arts) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is houden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- g. Er bestaat geen dekking indien de ziekenfondsverzekering van verzekerde bestaat op basis van een vrijwillige overbrugging en verzekerde in een niet-verdragsland overeenkomstig de Ziekenfondswet verblijft.

8.3 Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.

## ARTIKEL 9 Zelfstandig BehandelCentrum (privé-kliniek)

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van behandeling in een ZBC in Nederland. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven, én
- de behandeling in dagverpleging plaatsvindt.

De vergoeding van de in rekening gebrachte kosten bedraagt nooit meer dan de door het CTG vastgestelde tarieven.

## ARTIKEL 10 Gezinshulp/prenatale hulp

Uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij wordt maximaal € 4,50 per uur voor de kosten van gezinshulp tot ten hoogste € 681,- per kalenderjaar per polis vergoed.

Voor gezinshulp indien:

- deze hulp aansluit en rechtstreeks verband houdt met een voorafgaande ziekenhuisopname van tenminste zeven dagen van verzekerde, én
- de gezinshulp door een erkende instelling wordt verleend, én
- de medische noodzaak voor gezinshulp kan worden aangetoond.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van gezinshulp, indien de opname verband houdt met een bevalling.

Voor prenatale hulp indien:

- een ziekenhuisopname van een verzekerde in verband met dreigende vroeggeboorte vanaf de 28ste week tot 2 weken vóór de uitgerekende bevallingsdatum kan worden voorkomen, kan de verzekerde aanspraak maken op prenatale hulp in de thuissituatie onder begeleiding van een verloskundige en gynaecoloog.

Vergoeding kan alleen plaatsvinden, indien daartoe vooraf schriftelijk toestemming is verkregen van de Maatschappij naar aanleiding van een door de behandelend gynaecoloog ingediend verzoek met medische indicatie, én

- de gezinshulp door een erkende instelling wordt verleend.

## **ARTIKEL 11 Brilmontuur en glazen of contactlenzen**

**11.1** Voor de aanschaf van een brilmontuur en glazen of contactlenzen verstrekt de Maatschappij ten hoogste éénmaal per drie jaar per verzekerde een bijdrage van maximaal € 45,- voor een brilmontuur en € 45,- per glas (maximaal twee glazen) of éénmaal per drie jaar tot een maximum van € 135,- voor contactlenzen. Contactlensvloeistof komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Voor de in dit lid genoemde verstrekkingen geldt een wachtermijn van 1 jaar, gerekend vanaf de datum van inschrijving in deze verzekering.

**11.2** Wanneer voor kinderen tot 16 jaar tussentijdse vervanging van brillenglazen op advies van de oogarts in verband met verandering van oogsterkte noodzakelijk is, worden de kosten vergoed conform de bedragen, genoemd in lid 1 van dit artikel.

## **ARTIKEL 12 Ronald McDonald Huis**

Vergoed worden de kosten van verblijf in een Ronald McDonald Huis van de verzekerde verzorgende(n)/ouder(s) in verband met een in het ziekenhuis opgenomen meeverzekerd kind.

## **ARTIKEL 13 Verblijf in herstellingsoorden**

Voor het verblijf in herstellingsoorden wordt inzake de werkelijke kosten van verpleging door de Maatschappij éénmaal per vijf jaar per verzekerde een vergoeding verleend van € 45,- per dag, doch met een maximale vergoeding van € 1134,-. De herstellingsoorden die onder deze regeling vallen zijn: "Daidalos" te Driebergen, "De Kim" te Noordwijk aan Zee, "Overbosch" te Hilversum, "De Wiltzangk" te Bilthoven, "Het Wilhelminahuis" te Valburg en "De Hezenberg" te Hattem.

Bovengenoemde vergoeding wordt uitsluitend verleend, indien de opname in het herstellingsoord door de behandelend arts is voorgeschreven en na voorafgaande toestemming van de Maatschappij. Er vindt geen vergoeding plaats voor het verblijf in een drugs- en/of alcoholkliniek.

## **ARTIKEL 14 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen**

Door de Maatschappij wordt een bijdrage verstrekt in de verblijfskosten van een therapeutisch kamp voor astmatische jongeren, wanneer de verzekerde jonger is dan 17 jaar. De hoogte van de vergoeding bedraagt € 6,- per dag gedurende ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend, indien de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven. Het verzoek dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist.

## **ARTIKEL 15 Sport Medisch Adviescentrum (SMA)**

Mits op verwijzing van de behandelend arts kan verzekerde aanspraak maken op vergoeding van de kosten van diagnosestelling en behandelingsadvies inzake sportblessures door een sportarts, verbonden aan één van de SMA's. De hoogte van de vergoeding bedraagt voor het eerste consult € 23,- en voor het tweede en volgende consult(en) € 11,- met een maximum van in totaal 4 consulten per kalenderjaar.

## **ARTIKEL 16 Steunzolen/inlays/push-brace**

Mits op medisch advies van de (huis)arts voor lid a. en b. of van de podotherapeut voor lid a. worden per verzekerde vergoed:

- a. de kosten van één paar steunzolen of inlays, geleverd door een orthopedisch schoentechnicus, een orthopedisch instrumentenmaker of een podotherapeut tot ten hoogste éénmaal per twee jaar
- b. de kosten van een push-brace voor enkel, knie of elleboog tot ten hoogste één brace per drie jaar.

## **ARTIKEL 17 Buitenlandpreventiepakket/preventieve geneeskunde**

**17.1** Bij tijdelijk verblijf van een verzekerde in het buitenland wordt voor risicovolle landen een buitenlandpreventiepakket verstrekt. Dit pakket bevat onder meer een bloedtransfusieset, steriele spuiten, naalden en handschoenen. De aanvraag voor verstrekking dient vooraf te geschieden, waarbij door de Maatschappij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

**17.2** Vergoed worden de kosten van onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist voor:

- onderzoek van hart en bloedvaten (maximaal 1 maal per twee jaar)
- borstkanker- en baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje)
- anti-griepvirus injectie.

**17.3** Vergoed worden de kosten van preventieve geneesmiddelen ten behoeve van tijdelijk verblijf in het buitenland tot een maximum van € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

## **ARTIKEL 18 Eigen bijdrage hulpmiddelen**

Indien de aanschafprijs van een verstrekking en/of voorziening onder aftrek van de eigen bijdrage(n) uit hoofde van de Regeling Hulpmiddelen hoger is dan de maximale vergoeding, wordt het verschil op basis van 50% met een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed. Deze regeling geldt niet voor pruiken en gebitsprothesen.

## **ARTIKEL 19 Orthopedagogische hulp**

Mits op voorschrift van de huisarts of specialist worden de kosten van consulten of behandelingen vergoed, toegepast door een van overheidswege erkende orthopedagoog die aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen. De maximale vergoeding bedraagt € 680,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van remedial teaching vallen niet onder dit artikel en zijn van vergoeding uitgesloten.

## **ARTIKEL 20 Psychotherapie**

De kosten van consulten of kortdurende behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog of GZ-psycholoog tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen

tezamen. Er wordt geen vergoeding verleend als er gelijktijdig een AWBZ-gefinancierde therapie plaatsvindt. Per zitting is een eigen bijdrage van € 9,- verschuldigd. De eigen bijdragen die krachtens de AWBZ worden opgelegd bij psychiatrische hulp vallen niet onder dit artikel en zijn van vergoeding uitgesloten.

## **ARTIKEL 21 Kraamzorg/verloskamer**

**21.1** De Maatschappij vergoedt per bevalling maximaal € 340,- voor de gezamenlijke kosten van:

- een poliklinische bevalling (niet medisch geïndiceerd) in een ziekenhuis voor het gebruik van de verloskamer, én
- de eigen bijdrage van kraamzorg.

**21.2** De Maatschappij verstrekt een op voorschrift van een door de Maatschappij erkende instelling samengesteld medische kraampakket.

## **ARTIKEL 22 Hulpmiddelen**

Na voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij en na overschrijding van de maximum uitleentermijn van zes maanden van de thuiszorgorganisatie, bestaat de mogelijkheid tot een tegemoetkoming van de huurkosten van hulpmiddelen in de thuissituatie.

Alvorens toestemming wordt verleend, wordt eerst gekeken naar de redelijkheid van de aanvraag en kan de Maatschappij nadere voorwaarden stellen, zoals het soort hulpmiddel, de hoogte van de tegemoetkoming en de maximum duur van de huurperiode.