

Polisvoorwaarden Basisverzekering Naturapolis (A)

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6	15	Mondzorg	18
1.1	Opbouw polisvoorwaarden	6	15.1	Mondzorg in bijzondere gevallen	18
1.2	Polisvoorwaarden	6	15.2	Tandheelkundige implantaten	18
1.3	Omschrijving van de dekking	6	15.3	Orthodontische hulp in bijzondere gevallen	19
2	Omvang van de aanspraak	7	15.4	Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	19
2.1	Hoe weet u wat de omvang van uw aanspraken is?	7	15.5	Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	20
2.1.1	Volledige aanspraak?	7	15.6	Eigen bijdrage	20
2.1.2	Vergoeding van andere zorg dan in de polis omschreven	7	15.7	Eigen bijdrage bij volledige prothetische voorziening	20
2.2	Voorwaarden voor het recht op aanspraak	7	15.8	Mondzorg op verblijfplaats verzekerde	20
2.3	De hoogte van de aanspraak	8	15.9	Mondzorg buiten praktijkuren	20
2.4	Rechtstreekse betaling aan de niet gecontracteerde zorgverlener of instelling	8	15.10	Chirurgische mondzorg	20
2.5	Vernieuwing van Polisvoorwaarden, Aansprakenoverzicht, Restitutiereglement en/of polis	8	15.11	Gebitsprotheses	21
3	Zorg door een Huisarts	9	15.11.1	Volledig uitneembare gebitsprothese	21
4	Medisch-specialistische zorg	9	15.11.2	Weer passend maken van volledige prothetische voorziening voor de onder en/of de bovenkaak (kunstgebit)	21
4.1	Algemeen	9	15.12	Niet-gecontracteerde mondzorg	21
4.2	Opname in een ziekenhuis	9	16	Farmaceutische zorg	22
4.3	Niet-klinische medisch-specialistische zorg	9	16.1	Algemeen	22
4.4	Plastische chirurgie	10	16.2	Geneesmiddelen	22
4.5	Uitgesloten behandelingen	10	16.3	Dieetpreparaten	22
5	Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	10	16.4	Uitsluitingen	23
6	Oncologische aandoeningen bij kinderen	11	16.5	Niet-gecontracteerde farmaceutische zorg	23
7	Mechanische beademing	11	17	Hulpmiddelenzorg	23
8	Trombosedienst	12	17.1	Medische hulpmiddelen	23
9	Verloskundige zorg en kraamzorg	12	17.2	Eigen bijdrage	23
9.1	Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak	12	17.3	Kosten ten gevolge van normaal gebruik van de hulpmiddelen	23
9.2	Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum zonder medische noodzaak	12	17.4	Uitsluitingen	24
9.3	Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis	13	17.5	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenzorg	24
9.4	Bevalling en kraambed thuis	13	18	Vervoer	24
9.5	Uitsluiting	14	18.1	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	24
10	Revalidatie	14	18.1.1	Ziekenvervoer per ambulance	24
11	Audiologische zorg	14	18.1.2	Ziekenvervoer per taxi, huurauto, eigen auto of met het openbaar vervoer	25
12	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	15	18.1.3	Overige dekkingen voor ziekenvervoer	25
13	Orgaantransplantatie	15	18.2	Eigen bijdrage	25
14	Paramedische zorg	16	18.3	Niet-gecontracteerd vervoer	25
14.1	Algemeen	16	19	Buitenland	26
14.2	Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder	16	19.1.1	U woont in Nederland en krijgt zorg in een andere EU-lidstaat/EER-staat of verdragsland	26
14.3	(Kinder-)fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar	17	19.1.2	U woont in Nederland en verblijft tijdelijk in het buitenland (niet zijnde EU/EER-staat of verdragsland) en krijgt daar zorg die in Nederland onder de dekking van uw verzekering valt	26
14.4	Logopedie	17	19.1.3	U woont in een ander land (EU/EER-staat of verdragsland) dan Nederland en krijgt zorg in een andere EU/EER-staat of verdragsland	27
14.4.1	Logopedische behandelingen	17	19.1.4	U woont in een ander land (buiten EU/EER-staat of verdragsland) dan Nederland en krijgt zorg in het buitenland (niet zijnde EU/EER-staat of verdragsland)	27
14.4.2	Uitsluiting	17	Algemeen deel	28	
14.5	Ergotherapie	17	20	De verzekeringsovereenkomst	28
14.6	Dieetadvisering	18	20.1	Grondslagen van de verzekering	28
			20.1.1	Regelingen en mededelingen	28
			20.1.2	Gebruikelijkheid en noodzakelijkheid van de zorg	28
			20.2	Inhoud van de verzekeringsovereenkomst	28
			20.3	Het inschrijvingsbewijs	28
			20.4	Contractspartij	28
			20.5	Recht	29

20.6	Onwaarachtige weergave van feiten	29
20.7	Geldigheid van de Polisvoorwaarden	29
20.8	Privacy	29
20.9	Onrechtmatige inschrijving	29
21	Begin van de zorgverzekering	30
22	Duur van de zorgverzekering	30
23	Beëindiging van rechtswege van de zorgverzekering	30
24	Premie, wettelijke bijdragen en kosten	31
24.1	Kosten	31
24.1.1	Kosten opbouw	31
24.1.2	Kosten basis	32
24.2	Betaling	32
24.2.1	Premie	32
24.2.2	Verschuldigde kosten	32
24.2.3	Aansprakelijkheid	32
24.2.4	Vooruit betalen	32
24.3	Herziening van de premie	32
24.4	Betalingsachterstand	33
24.4.1	Geen recht op vergoeding (Schorsing)	33
24.4.2	Aflossen schuld	33
24.4.3	Vertragingsschade	33
24.5	Premiebetaling en de beëindiging van uw verzekering	33
24.5.1	Wij beëindigen uw verzekering	33
24.5.2	Schuld over een beëindigde verzekering	34
24.5.3	Geld terug bij einde verzekering midden in een periode	34
25	No-claim	34
26	Eigen risico	35
26.1	Eigen risico	35
26.2	De hoogte van het eigen risico	35
26.2.1	Eigen risico	35
26.2.2	Vaststellen eigen risico van een hoofdverzekering die in de loop van het jaar ingaat dan wel eindigt	36
26.2.3	Vaststellen eigen risico bij een overstap in de loop van het jaar naar een zorgverzekering met een ander eigen risico	36
26.2.4	Wijziging aanbod eigen risico	36
27	Uitsluitingen	37
27.1	Kosten die onder een andere verzekering vallen	37
27.2	Uitsluiting van bepaalde behandelingen	37
27.3	Kosten door geweld of schuld	37
27.3.1	Molest	37
27.3.2	Terrorisme	37
27.3.3	Kosten door atoomkernreacties	38
28	Verplichtingen van de verzekerde	38
28.1	Algemeen	38
28.2	U geeft inlichtingen aan ons of onze zorgverleners	38
28.3	Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven	38
29	Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen?	39
29.1	U hebt klachten over de uitvoering van uw verzekering	39
29.1.1	Schriftelijk bericht	39
29.1.2	Reactie binnen 60 dagen	39
29.1.3	Geschillen	39
29.2	U hebt algemene klachten	39
30	Begripsomschrijvingen	40

VERZEKERDE ZORG IN NATURA ZIE ARTIKEL 1.3	ART.	DEKKING/AANSPRAAK BIJ GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER
Audiologisch onderzoek	11	Volledig
Bekkentherapie		Zie "Fysiotherapie"
Dieetadvisering	14.1, 14.6	Volledig, max. 4 uren per jaar
Dieetpreparaten	16.1, 16.3, 16.4, 16.5, 16.6, 16.7	Volledig
Erfelijkheidsonderzoek	12	Volledig
Ergotherapie	14.1, 14.5	Volledig, max. 10 uren per jaar
Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar / Mensendieck, algemeen bij niet-chronische aandoeningen tot 18 jaar:	14.1, 14.3	Volledig, max. 9 behandelingen per aandoening per jaar Volledig, max. 9 extra behandelingen per aandoening per jaar
Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar / Mensendieck, algemeen bij chronische aandoeningen:		
· tot 18 jaar	14.1, 14.3	Volledig
· vanaf 18 jaar	14.1, 14.2	Volledig vanaf de 10e behandeling per aandoening
Geneesmiddelen	16	Volgens de ministeriële regeling Zorgverzekering en ons Reglement Farmaceutische Zorg
Huisartsenzorg	3	Volledig
Hulpmiddelenzorg	17	Volgens de ministeriële regeling Zorgverzekering en ons Reglement Hulpmiddelen
Kinderfysiotherapie		Zie "Fysiotherapie"
Kraamzorg	9	Volledig van het door ons met de kraamzorg instelling afgesproken aantal uren over maximaal 10 dagen met een eigen bijdrage van € 3,50 per uur
Oncologische behandeling bij kinderen	6	Volledig
Logopedie	14.1, 14.4	Volledig
Manuele lymfdrainage		Zie "Fysiotherapie"
Manuele therapie		Zie "Fysiotherapie"
Mechanische beademing	7	Volledig
Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	15.1, 15.2, 15.3, 15.4, 15.8, 15.9, 15.10, 15.11, 15.12	Volledig
Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (beperkt)	15.1, 15.2, 15.3, 15.5 t/m 15.12	Volledig
Mondzorg in bijzondere gevallen	15.1	Volledig
Oedeemtherapie		Zie "Fysiotherapie"
Oefentherapie Cesar / Mensendieck		Zie "Fysiotherapie"
Orthodontische zorg bij lip-, kaak-, of verhemeltespleet	15.1, 15.3	Volledig
Plastische chirurgie	4.1, 4.4, 4.5	Volledig
Revalidatie	10	Volledig
Specialistische zorg	4	Volledig
Specialistische zorg bij opname in een ziekenhuis	4	Volledig
Tandheelkundige implantaten: · Implantaten, mesostructuur vervaardigd en ingebracht door kaakchirurg of tandarts	15.1, 15.2, 15.12	Volledig
Tandprotheses: · Volledige overkappingsprothese op implantaten · Volledige boven- en/of onderprothese, overig · Rebasen en reparaties volledige prothese	15.11, 15.7	Volledig, eigen bijdrage per kaak € 90,- 75% Volledig

VERZEKERDE ZORG IN NATURA ZIE ARTIKEL 1.3	ART.	DEKKING/AANSPRAAK BIJ GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER
Transplantatie van weefsel en organen	13	Volledig
Trombosedienst	8	Volledig
Verbandmiddelen		Zie "Hulpmiddelen"
Verloskundige zorg: · Met medische noodzaak in een ziekenhuis · Zonder medische noodzaak in een ziekenhuis, polikliniek of kraamcentrum: · Kraamzorg in ziekenhuis · Kraamzorg in kraamcentrum · Verloskundige zorg · Zonder medische noodzaak thuis: · Kraamzorg · Verloskundige zorg · Inschrijving, intake en partusassistentie	9	Volledig Volledig, max. € 100,50 per opnamedag en een eigen bijdrage van tenminste € 14,- per opnamedag Volledig, eigen bijdrage van € 14 per dag Volledig Zie "Kraamzorg" Volledig Volledig, maximaal 3 uren na bevalling
Zelfstandig Behandel Centrum (Z.B.C.)	4	Volledig
Ziekenhuisverblijf en verpleegkundige zorg	4	Volledig, maximaal 365 dagen in laagste klasse
Ziekenvervoer: · "liggend ziekenvervoer" (met ambulance) · "zittend ziekenvervoer": · Met taxi of openbaar vervoer · Met eigen auto	18	Volledig eigen bijdrage € 83,00 per kalenderjaar, vergoeding bij gebruik eigen auto maximaal € 0,24 per kilometer
Buitenland, · Spoedeisende zorg: · binnen EU/EER / Verdragsland · buiten EU/EER / Verdragsland	19.1.1, 19.1.2	Volledig Max.. 200% van het Nederlands marktconform tarief
Buitenland, · Niet - spoedeisende zorg, woonachtig in Nederland · binnen EU/EER / Verdragsland · buiten EU/EER / Verdragsland · Woonachtig in een ander land dan Nederland in het eigen woonland · Niet - spoedeisende zorg, · binnen EU/EER / Verdragsland · buiten EU/EER / Verdragsland	19.1.1, 19.1.2, 19.1.3 19.1.4	Conform het bepaalde met betrekking tot alle in dit vergoedingenoverzicht genoemde zorgvormen. Max. 100% van het Nederlands marktconform tarief 100% van het Nederlands marktconform tarief, ook voor niet gecontracteerde zorgverleners Maximum bedrag 100% van het Nederlands tarief

Buitenland Algemeen

U bent verzekerd voor de kosten van medische behandelingen in Nederland. Welke dat zijn staat hiervoor beschreven als aanspraak en/of vergoeding in de door u gesloten verzekering. U heeft ook recht op vergoeding van medische behandelingen in het buitenland. Over het algemeen zijn dat dezelfde behandelingen die ook vergoed zouden worden, als u die in Nederland zou hebben ondergaan.

Daar kunnen wel bepaalde eisen aan gesteld worden. Of daar geldt een bepaald maximaal tarief voor.

Zie ook de Algemene voorwaarden.

Deel 2

1 Inleiding

1.1 Opbouw polisvoorwaarden

Voor u liggen de Polisvoorwaarden behorende bij de naturazorgverzekering die u bij ons hebt afgesloten. Het betreft voor het overwegende deel een verzekering voor zorg op basis van natura. Dit wil zeggen dat wij contracten met zorgverleners hebben gesloten om deze zorg aan u te leveren. U dient zich voor die vormen van zorg dan ook te wenden tot deze gecontracteerde zorgverleners. Een tweetal aanspraken op grond van deze verzekering is op basis van restitutie, te weten: artikel 19.1.3 en 19.1.4 (u woont in het buitenland en ontvangt hulp in het buitenland.) Dit betekent dat we hiertoe geen overeenkomsten met zorgverleners hebben gesloten en dat u zich mag wenden tot een zorgverlener naar keuze. Een en ander echter wel in overeenstemming met de voorwaarden.

De voorwaarden bij uw zorgverzekering bestaan uit twee delen:

- a. het Aansprakenoverzicht inclusief het Restitutiereglement (Deel 1) en het overzicht met de premiegrondslag. Op deze overzichten staat per verzekering aangegeven op welke zorg u aanspraak kunt maken en hoe de premie is opgebouwd;
 - b. deze Polisvoorwaarden inclusief clausuleblad(en) waarin (Deel 2) de regels van de verzekering beschreven staan. In deze artikelen wordt nauwkeurig aangegeven welke dekkingen de verzekering biedt (de dekkingsomschrijvingen) en onder welke voorwaarden u uw aanspraak op de zorg geldend kunt maken (de algemene bepalingen). Verder is aangegeven voor welke dekkingen niet is gecontracteerd en u de zorg op basis van restitutie, dat wil zeggen na inleveren van een nota, krijgt vergoed.
- Het Aansprakenoverzicht is tot op zekere hoogte een verkorte weergave van de inhoud van uw polis.
 - In het Restitutiereglement vindt u de hoogte van de vergoeding als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, terwijl gecontracteerde zorg (tijdig) beschikbaar is.
 - Welke verzekering u hebt afgesloten, de premiegrondslag en de wijze waarop de premie is opgebouwd, vindt u terug op het bij de zorgverzekering behorende polisblad.

1.2 Polisvoorwaarden

Om de leesbaarheid te verhogen, hebben wij de dekkingsomschrijvingen (dit zijn de vormen van zorg waarop u aanspraak kunt maken als u aan de daarbij genoemde voorwaarden voldoet. De dekking moet in het bij uw polis behorende Aansprakenoverzicht/ Restitutiereglement worden genoemd) direct vooraan geplaatst. Het betreft de artikelen 3 t/m 19. De algemene bepalingen (begripsomschrijvingen, bepalingen over opzegging, etc.) zijn opgenomen in artikel 20 en volgende.

1.3 Omschrijving van de dekking

- a. Deze zorgverzekering omvat aanspraken op zorg (met uitzondering van artikel 19.1.3 en artikel 19.1.4 waar de vergoeding op basis van restitutie plaatsvindt) en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- b. Als de verzekerde zorg wordt geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, dan vindt de vergoeding rechtstreeks aan de betreffende zorgverlener of instelling plaats en ontvangt u geen nota. Een eventuele eigen bijdrage brengen wij u dan separaat in rekening. De overeenkomst met de zorgverlener 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. Voor door ons gecontracteerde zorgverleners raadpleeg www.oz.nl. Op verzoek sturen wij u de lijst toe.

- c. Als de verzekerde zorg niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, kunt u ons vragen te bemiddelen en (eventueel) toestemming te verlenen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. De aan de niet-gecontracteerde zorg verbonden kosten vergoeden wij aan u na overlegging van de nota en met inachtneming van artikel 2.3 en 2.4. 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 marktconform bedrag.

Indien u geen toestemming vraagt, geldt het bepaalde in onderdeel e.

- d. 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.

Zoals gezegd hebt u bij niet of niet tijdige levering van zorg recht op zorgbemiddeling. U kunt dan contact opnemen met onze afdeling Zorgservice. Zij kunnen dan voor u bemiddelen. Bij het vaststellen en uitvoeren van ons beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteren wij voor de bepaling van het tijdstip waarop de zorg aan u moet worden verleend:

- medisch inhoudelijke criteria en;
- algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke criteria.

- e. Als de verzekerde zorg wel (tijdig) beschikbaar is bij een gecontracteerde zorgverlener en u zich toch wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, dan passen wij op de vergoeding een korting toe. Deze korting wordt vastgesteld als een percentage van het wettelijk geldende tarief dat een zorgverlener in rekening mag brengen dan wel als een percentage van het laagst gecontracteerde tarief in die gevallen waar een vastgesteld tarief ontbreekt. Als in de artikelen 3 tot en met 19 wordt gesproken over het 'te hanteren tarief' wordt al naar gelang de situatie het voorgaande bedoeld. De hoogte van de uiteindelijke vergoeding kunt u terugvinden in uw Restitutiereglement. Overigens vindt de vergoeding in dat geval alleen plaats na overlegging van de nota en geldt het bepaalde onder lid c inzake het indienen van originele nota's onverkort. Uiteraard moet dan eveneens aan de overige voorwaarden van de volgende artikelen worden voldaan. Dit lid geldt niet voor artikel 19.1.3 en 19.1.4.

2 Omvang van de aanspraak

2.1 Hoe weet u wat de omvang van uw aanspraken is?

2.1.1 Volledige aanspraak?

Vanaf artikel 3 worden alle aanspraken beschreven waar u op grond van deze verzekering recht hebt. Hierbij wordt ook aangegeven of u voor een bepaalde aanspraak een eigen bijdrage bent verschuldigd. In uw Aansprakenoverzicht vindt u de hoogte van de eigen bijdrage behorende bij een bepaalde aanspraak. Maakt u gebruik van restitutie vindt u in het Restitutiereglement de hoogte van de vergoeding.

2.1.2 Vergoeding van andere zorg dan in de polis omschreven

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

2.2 Voorwaarden voor het recht op aanspraak

Valt de behandeling onder de aanspraken van uw verzekering?
U heeft recht op zorg als:

- de kosten voor de zorg, de kosten zijn die met de zorgverlener zijn afgesproken voor de behandeling (zie ook artikel 2.3);
- de behandeling of levering plaatsvindt gedurende de periode dat deze verzekering van kracht is. De datum van de behandeling en/of de datum van levering is dus bepalend, niet de datum van de factuur voor die behandeling. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is begonnen vóór de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is;
- de door u genoten behandeling voldoet aan de voorwaarden behorende bij de 'Omschrijving van de dekking' die bij de behandelingen vanaf artikel 3 worden genoemd, zoals de voorwaarde dat u vooraf schriftelijke toestemming moet hebben gevraagd;
- wij u niet langer dan 365 dagen geleden toestemming voor een behandeling hebben gegeven (de toestemming is maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen). Deze toestemming is alleen vereist als dit in de 'Omschrijving van de dekking' vanaf artikel 3 ook staat vermeld;
- u bij opname in een ziekenhuis in het buitenland voor spoedeisende hulp dit binnen 24 uur aan ons meldt (zie voor het telefoonnummer van de 'OZ hulplijn buitenland' de begripsschrijvingen).

2.3 De hoogte van de aanspraak

- Wij vergoeden nooit meer dan de kosten die u werkelijk hebt gemaakt. Dit wil zeggen als de zorgverlener een lager tarief in rekening brengt dan bijvoorbeeld het maximum WTG-tarief wij slechts het bedrag van de rekening zullen vergoeden en niet het bedrag tot aan het maximum WTG-tarief.
- Als u op grond van de Polisvoorwaarden geen recht hebt op een vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener hebben betaald (bijvoorbeeld door eigen risico of gemaximeerde vergoeding), dan bent u verplicht ons het verschil te betalen. U wordt geacht ons hiervoor een volmacht tot incasso te hebben gegeven.
- Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

2.4 Rechtstreekse betaling aan de niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling

Wij kunnen met niet-gecontracteerde zorgverleners en instellingen afspraken maken om hun rekeningen rechtstreeks aan hen en niet aan u te betalen. U (verzekeringnemer en verzekerde) wordt geacht daaraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u geacht ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Deze bepaling is alleen van toepassing als u zich overeenkomstig artikel 1.3 onderdeel c en e tot een niet-gecontracteerde zorgverlener wendt of zorg ontvangt op grond van artikel 19.1.3 en 19.1.4.

2.5 Vernieuwing van Polisvoorwaarden, Aansprakenoverzicht, Restitutiereglement en/of polis

Als uw dekking of premie verandert, informeren wij u over de nieuwe Polisvoorwaarden respectievelijk het nieuwe Aansprakenoverzicht, het nieuwe Restitutiereglement of de nieuwe polis. Wij informeren u daarbij ook vanaf welk moment deze van kracht worden. Vanaf die datum gelden uw oude Polisvoorwaarden, Aansprakenoverzicht en/of Restitutiereglement en/of polis niet meer.

3 Zorg door een huisarts

U hebt aanspraak op geneeskundige zorg 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 zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend laboratoriumonderzoek.

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde huisarts vindt kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

4 Medisch-specialistische zorg

4.1 Algemeen

Voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of specialist. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. Een verwijzing is uiteraard niet nodig als er sprake is van spoedeisende zorg. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

4.2 Opname in een ziekenhuis

Aanspraak bestaat op opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis voor ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt daarbij niet als onderbreking van de opname beschouwd. Het aantal dagen van deze onderbreking telt echter niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van 365 dagen.

De aanspraak omvat de medisch-specialistische zorg 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.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat de medisch-specialistische zorg wordt verricht door een medisch-specialist.

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

4.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

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

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

- wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben verleend indien het een behandeling is die op een door ons gehanteerde lijst van behandelingen waarvoor toestemming moet worden gevraagd, voorkomt. De lijst maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden. U kunt deze lijst bij ons opvragen.
- de behandeling wordt verricht door een medisch-specialist.

Bij zorg in een niet-gecontracteerde instelling of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

4.4 Plastische chirurgie

Er bestaat slechts aanspraak voor plastisch chirurgische behandelingen indien deze behandelingen strekken ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, 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.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

- de behandeling wordt verricht door een medisch-specialist;
- wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven.

4.5 Uitgesloten behandelingen

Geen aanspraak bestaat op:

- behandeling van verlamde of verslakte 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;
- kosten voor sterilisatiebehandelingen en hersteloperaties na sterilisatie, voor zowel man als vrouw;
- behandelingen gericht op de circumcisie van mannelijke verze-kerden (besnijdenis);
- 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.

5 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend in een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerd dialysecentrum of bij u thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde geneesmiddelen en psychosociale begeleiding van u en de personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse bij u thuis behoort tevens:

- de vergoeding van 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 vergoeding van 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;
- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;

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

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

- de behandeling is voorgeschreven door een arts;
- de dialyse vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een erkend dialysecentrum;
- wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. Voor een vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse kunnen wij aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

Bij zorg in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

6 Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

7 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In de situatie dat de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis, bestaat de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling 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.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat de chronisch intermitterende beademing is voorgeschreven door een medisch-specialist.

Bij zorg in een niet-gecontracteerd centrum voor beademing vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

8 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:

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

Bij zorg door een niet-gecontracteerde trombosedienst vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

9 Verloskundige zorg en kraamzorg

U (vrouwelijke verzekerde) en uw kind hebben aanspraak op verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige of een huisarts, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. De kraamzorg wordt verleend door een kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en – voor zover van toepassing – de huishouding verzorgt.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. u vraagt de kraamzorg bij voorkeur vijf maanden vóór de verwachte bevallingsdatum aan. Bel hiervoor met de OZ Kraamzorgservice.
2. de kraamzorg wordt verleend door een bij de wet erkende instelling.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

9.1 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien het naar het oordeel van de verloskundige of de huisarts medisch noodzakelijk is dat u (de moeder) in het ziekenhuis moet bevallen, hebt u aanspraak voor u (en uw kind, met ingang van de dag van bevalling) op medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis, als bedoeld in artikel 4, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

9.2 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum zonder medische noodzaak

Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor u (de moeder) en uw kind, met ingang van de dag van bevalling aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg. Op de dekking blijft een bedrag per opnamedag voor uw rekening. Voor de hoogte van dit bedrag, zie uw Aansprakenoverzicht. 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.

Indien de bevalling en het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor u (de moeder) en uw kind, met ingang van de dag van bevalling aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg. Op de dekking blijft een bedrag per opnamedag voor uw rekening. Voor de hoogte van dit bedrag, zie uw Aansprakenoverzicht. 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.

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

9.3 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 u (de moeder) en uw kind aanspraak op kraamzorg. Op de dekking blijft een bedrag per opnamedag voor uw rekening. Voor de hoogte van dit bedrag, zie uw Aansprakenoverzicht. 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 u (de moeder) en uw kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in 9.4 onder 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 9.4 sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

9.4 Bevalling en kraambed thuis

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

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkende kraamverzorgende, 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 verzekeraar. Dit gebeurt dan aan de hand van het door ons gehanteerde indicatieprotocol. De vaststelling van uren vindt plaats bij het intakegesprek door de kraamzorginstelling. Het aantal uren kan worden bijgesteld tijdens de volgende twee indicatiemomenten, te weten: de dag van de bevalling dan wel een aantal dagen na de bevalling. Het indicatieprotocol maakt onderdeel uit van deze voorwaarden en treft u als bijlage hierbij aan.

Op de aanspraak onder c blijft een bedrag per uur zorg voor rekening van de verzekerde. Voor de hoogte van dit bedrag, zie uw Aansprakenoverzicht.

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde verloskundige, huisarts of kraamverzorgende vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

9.5 Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg.

10 Revalidatie

Aanspraak bestaat op revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- a. deze zorg voor u 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
- b. u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

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

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. De indicatie voor de revalidatiezorg is in overeenstemming met de landelijke afspraken daarover die in de nota 'Indicatiestelling Revalidatiezorg' zijn vastgelegd.
2. U hebt ons vooraf gemeld dat de zorg gaat plaatsvinden. Daarvoor hebt u of de revalidatie-instelling ons een deugdelijk gemotiveerde verwijzing toegestuurd, die door de instelling is opgesteld. In dat behandelplan zijn ten minste de volgende punten beschreven:
 - de aard en complexiteit van de stoornis of beperking;
 - de bij de behandeling te betrekken disciplines;
 - de verwachte duur en intensiteit van de behandeling.
3. De revalidatie vindt plaats in een instelling voor revalidatie die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is.
4. Wij hebben als bewijs van toestemming een garantieverklaring verstrekt aan de instelling waar de revalidatie plaatsvindt.

Bij zorg in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

11 Audiologisch zorg

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

- a. onderzoek naar de gehoorfunctie;
- b. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- d. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- e. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, door een tot dat doel door de zorgverzekeraar gecontracteerd audiologisch centrum, een en ander op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat het audiologisch centrum is erkend door een bevoegde overheidsinstantie.

Bij zorg in een niet-gecontracteerd audiologisch centrum vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte tarief plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

12 Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing

Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een tot dat doel door ons gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek na verwijzing door een huisarts of een specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing 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 adviesing plaatsvinden.

Bij zorg in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

13 Orgaantransplantatie

- a. Aanspraak bestaat op transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de dekking valt de aanspraak op zorg conform deze polis 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 dekking het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- b. Aanspraak op eerdergenoemde zorg, voor zover gemaakt aan de kant van de donor, bestaat 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 en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opnemings. Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer dan wel 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, opnemings en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel a. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven.
2. De behandeling wordt verricht door een medisch-specialist.
3. De transplantatie betreft een indicatie die volgens algemeen geldende medische opvattingen voor de betreffende vorm van transplantatie is aanvaard.
4. De transplantatie is voorgeschreven door een arts.
5. De behandeling van de donor houdt verband met een orgaantransplantatie die op grond van deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komt.

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

14 Paramedische zorg

14.1 Algemeen

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadviesing. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

14.2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie, oefentherapie, (lymfe-) oedeemtherapie en bekkenfysiotherapie 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/huidtherapeut, 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 zenden wij u desgevraagd toe en is te raadplegen op www.oz.nl.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. De therapie is voorgeschreven door een arts of specialist.
2. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of niet-gecontracteerde huidtherapeut (voorzover deze laatste oedeemtherapie verleend), vindt kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

14.3 (Kinder-) fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat, naast de behandelingen zoals genoemd in artikel 14.2, de eerste 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 tevens negen extra behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar of een kinderfysiotherapeut per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

Bijzonderheden:

De in artikel 14.2 genoemde behandelingen kunnen ook door een kinderfysiotherapeut worden gegeven als de verzekerde jonger is dan 18 jaar.

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

14.4 Logopedie

14.4.1 Logopedische behandelingen

Logopedie omvat behandeling 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.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. De spraaklessen en eventuele vervolghandelingen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts of orthopedagoog;
2. Voor de vervolghandeling moet u ons een verklaring van de behandelende arts sturen waaruit de medische noodzaak hiervoor blijkt.

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde logopedist vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

14.4.2 Uitsluiting

Er bestaat geen aanspraak op de behandeling van:

- a. dyslexie;
- b. taalontwikkelingsstoornissen van niet-medische aard (zoals bij dialect of als iemand geen Nederlands spreekt).

14.5 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of bij u thuis, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van u te bevorderen of te herstellen.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat de behandeling is voorgeschreven door een huisarts of specialist.

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

14.6 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel. Wij verlenen dekking voor dieetadviezen gedurende maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. de advisering is voorgeschreven door een arts of tandarts;
2. het advies wordt gegeven door een diëtist aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of de Diëtisten Coöperatie Nederland;
3. de diëtist werkt volgens de Artsenwijzer Diëtiëk.

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde diëtist vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

15 Mondzorg

15.1 Mondzorg in bijzondere gevallen

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

- a. indien u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u 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 u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is

dat wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag dient een schriftelijke motivering van de tandarts en het behandelingsplan te worden toegevoegd. Wij kunnen deze toestemming intrekken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of u de mondhygiëne ernstig verwaarloost. Voorafgaande toestemming geldt eveneens indien de behandeling in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt.

15.2 Tandheelkundige implantaten

Onder zorg, bedoeld in artikel 15.1, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is

dat wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven op basis van een gemotiveerd behandelingsplan, dat u ons heeft toegestuurd. Wij geven u geen toestemming als de behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Voorafgaande toestemming geldt eveneens indien de behandeling in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt.

15.3 Orthodontische hulp in bijzondere gevallen

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in artikel 15.1 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.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. wij hebben u vooraf schriftelijk toestemming gegeven. Voorafgaande toestemming geldt eveneens indien de behandeling in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt;
2. de behandeling wordt verricht en gedeclareerd door een orthodontist;
3. de diagnose en het behandelplan zijn gesteld/gemaakt door een zogenaamd schisisteam waarvan ook een tandarts/prothetist deel uitmaakt;
4. de rekening is gespecificeerd met vermelding van de afwijking.

15.4 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan artikel 15.1:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meerdere keren per jaar op deze hulp is aangewezen. In dit laatste geval hebben wij u vooraf toestemming gegeven;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluoridenapplicatie aan kinderen vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meerdere keren per jaar op deze hulp is aangewezen. In dit laatste geval hebben wij u vooraf toestemming gegeven;
- 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 alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp van algemene aard met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat wij voor de aanspraak onder l u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag dient een schriftelijke motivering van de tandarts en het behandelingsplan te worden toegevoegd. Wij kunnen deze toestemming intrekken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of u de mondhygiëne ernstig verwaarloost. Verder hebt u voorafgaande toestemming nodig indien de behandeling in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt.

15.5 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het artikel 15.1:

- a. chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.
- b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. dat wij voorafgaande toestemming hebben gegeven als de behandeling in een instelling van bijzondere tandheelkunde wordt gegeven;
2. dat mondzorg zoals bedoeld in onderdeel b overeenkomstig het bepaalde in artikel 15.11 wordt verleend.

15.6 Eigen bijdrage

De verzekerde van 18 jaar en ouder die zijn aanspraken in gevolge van artikel 15.1, onder a onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde van 18 jaar en ouder die zijn aanspraak ingevolge artikel 15.1 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.

15.7 Eigen bijdrage bij volledige prothetische voorziening

De verzekerde van 18 jaar en ouder die zijn aanspraak op basis van het eerste lid onder a tot en met c tot gelding brengt, is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- onderscheidenlijk de onderkaak een bijdrage in de kosten verschuldigd zoals in de Regeling zorgverzekering is bepaald.

15.8 Mondzorg op verblijfplaats verzekerde

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.

15.9 Mondzorg buiten praktijken

Buiten de reguliere praktijken bestaat slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot de volgende dag. De verzekerde boven de 18 jaar is een bijdrage verschuldigd ter hoogte van het bedrag aan extra kosten dat door de tandarts maximaal in rekening wordt gebracht in verband met de behandeling buiten de reguliere praktijken.

15.10 Chirurgische mondzorg

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

15.11 Gebitsprotheses**15.11.1 Volledig uitneembare gebitsprothese**

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. (indien het een prothese op implantaten betreft:) de kosten zijn gedeclareerd door een tandarts en wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
2. (indien het een prothese niet op implantaten betreft:) de kosten zijn gedeclareerd door een tandarts of een tandprotheticus;
3. dat wij u vooraf toestemming hebben gegeven als:
 - de totale kosten van de tandprothetische voorziening vervaardigt en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, meer dan € 600,00 per onder- dan wel bovenkaak bedragen;
 - de totale kosten van de tandprothetische voorziening vervaardigt en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 450,00 per onder- dan wel bovenkaak bedragen;
 - de tandprothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen;

- de tandprothetische voorziening vervaardigd en geplaatst wordt door een zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

In andere gevallen is geen toestemming vereist.

4. dat wij nooit meer vergoeden dan het gemachtigde bedrag.

15.11.2 Weer passend maken van volledige prothetische voorziening voor de onder- en/of de bovenkaak (kunstgebit).

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.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. de behandeling is voorgeschreven door een tandarts;
2. de kosten zijn gedeclareerd door een tandarts of een tandprotheticus;
3. dat gedurende één jaar na aflevering van de prothese noch bij de verzekerde, noch bij de verzekeraar kosten in rekening worden gebracht voor reparatie en/of rebasing van deze prothese (uitgezonderd de immediaatsprothese) anders dan na voorafgaande schriftelijke toestemming. De tandarts dient hiervoor een gemotiveerde aanvraag in.

15.12 Niet-gecontracteerde mondzorg

Bij consultatie van en hulp door een niet-gecontracteerde tandarts of tandarts-specialist vindt met betrekking tot de zorg genoemd in de artikel 15.1 tot en met 15.11 een kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

16 Farmaceutische zorg

16.1 Algemeen

Farmaceutische zorg omvat de dekking van de aflevering van:

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

16.2 Geneesmiddelen

U hebt aanspraak op de aflevering van de onder artikel 16.1 onder a genoemde geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens door ons zijn aangewezen. Een ander is nader uitgewerkt in ons Reglement Farmaceutische zorg die onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd. Dit is tevens in te zien via www.oz.nl. Onze aanwijzing geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is u het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt u aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. De geneesmiddelen:
 - zijn afgeleverd onder verantwoordelijkheid van een apotheek of apotheekhoudend huisarts; en
 - zijn voorgeschreven door een arts, tandarts of verloskundige.
2. De periode van aflevering per voorschrift (recept) is niet meer dan:
 - vijftien dagen als het gaat om een voor de verzekerde nieuwe medicatie, of om antibiotica of chemotherapeutica ter bestrijding van acute aandoeningen;

- drie maanden als het gaat om geneesmiddelen ter behandeling van een chronische ziekte, met uitsluiting van hypnotica en anxiolytica;
- één maand als het gaat om hypnotica en anxiolytica en de overige medicatie.

Bijzonderheden:

Na deze periode hebt u opnieuw recht op aflevering voor eenzelfde periode telkens als u een nieuw recept heeft. De periode verandert natuurlijk wel als u van niet-chronische medicatie naar een chronische medicatie gaat. Echter dan ook weer voor de periode zoals hiervoor aangegeven.

16.3 Dieetpreparaten

U hebt uitsluitend aanspraak op dieetpreparaten als u:

- aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis; of,
- een verzekerde bent met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose, of een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

16.4 Aanvullende voorwaarden

Voor de aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stellen wij in ons Reglement Farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

16.5 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op farmaceutische zorg:

- a. in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis als het geneesmiddelen betreft ingeval van ziekterisico bij reizen;
- c. als het geneesmiddelen betreft als bedoeld in de artikelen 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- d. als het geneesmiddelen betreft die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

16.6 Eigen bijdrage

Voor de volgende geneesmiddelen komt een bedrag niet voor vergoeding in aanmerking:

- a. een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet;
- b. een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd.

Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

16.7 Niet-gecontracteerde farmaceutische zorg

Bij aflevering van geneesmiddelen door een niet-gecontracteerde apotheek (of apotheekhoudend huisarts) vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

17 Hulpmiddelenzorg

17.1 Medische hulpmiddelen

Aanspraak bestaat op de verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals in de Regeling zorgverzekering en het door ons nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen is bepaald. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking

tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelen-groep geldende vereisten opgenomen. Ons reglement maakt deel uit van de Polisvoorwaarden. U kunt dit reglement opvragen. Neem daarvoor contact op met ons. Wij sturen u dan een exemplaar toe. Verder kunt u het reglement raadplegen via www.oz.nl.

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. de hulpmiddelen zijn voorgeschreven door een arts;
2. daar waar wij dit in ons Reglement Hulpmiddelen hebben aangegeven, voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming van ons is vereist. Bij deze toestemming kunnen wij nadere voorwaarden stellen;
3. er sprake moet zijn bij de verstrekking van verbandmiddelen van een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
4. De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor u noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van ons.

17.2 Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen bent u een eigen bijdrage verschuldigd zoals bepaald in de Regeling zorgverzekering.

17.3 Kosten ten gevolge van normaal gebruik van de hulpmiddelen

Kosten van normaal gebruik van de hulpmiddelen (zoals energieverbruik) zijn voor uw rekening, tenzij de ministeriële Regeling zorgverzekering of het Reglement hulpmiddelen anders bepaalt.

17.4 Uitsluitingen

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 dekking die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

17.5 Niet-gecontracteerde hulpmiddelenzorg

Bij aflevering van hulpmiddelen door een niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

18 Vervoer

18.1 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

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

18.1.1 Ziekenvervoer per ambulance

18.1.1.1 Ambulancevervoer

Wij verlenen dekking voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet ambulancevervoer over een afstand van maximaal 200 km. De aanspraak omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin u zorg zult 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 u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zult gaan verblijven.

De aanspraak behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en

passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.

De aanspraak omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is.

Bijzonderheden:

Als wij toestemming geven voor behandeling bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 km niet.

18.1.1.2 Uitsluiting

Vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een AWBZ-verstrekking en valt daarom niet onder de aanspraak.

18.1.2 Ziekenvervoer per taxi, eigen auto of met het openbaar vervoer

a. U hebt aanspraak op ziekenvervoer per taxi, eigen auto of openbaar vervoer over een afstand van maximaal 200 km als:

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u oncologische behandelingen met chemo- of radiotherapie moet ondergaan;
- u zich uitsluitend met de rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin u zorg zult ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich zonder begeleiding niet kunt verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin u zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;

Voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze zorg zijn:

1. er een verklaring van arts of specialist is dat u deze behandeling moet ondergaan;
 2. wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- b. Wij verlenen tevens dekking voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer per taxi, eigen auto of openbaar vervoer als u in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet vergoeden of verstrekken van vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Bijzonderheden:

- *Als wij toestemming geven voor behandeling bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 km niet;*
- *De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,24 per kilometer*

18.1.3 Overige dekkingen voor ziekenvervoer.

a. Wij verlenen dekking voor medisch noodzakelijk vervoer met een ander door ons aan te wijzen vervoermiddel indien ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer niet mogelijk is. Voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is dat u ons vooraf schriftelijk toestemming hebt gevraagd.

b. Wij verlenen dekking voor vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van twee begeleiders toestaan.

18.2 Eigen bijdrage

Voor ziekenvervoer (niet zijnde ambulancevervoer) komt een bij ministeriële regeling bepaald bedrag niet voor vergoeding in aanmerking. Raadpleeg uw Aansprakenoverzicht voor de hoogte van deze eigen bijdrage.

18.3 Niet-gecontracteerd vervoer

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.

19 Buitenland

19.1.1 U woont in Nederland en krijgt zorg in een andere EU-lidstaat/EER-staat of verdragsland

U hebt aanspraak op zorg volgens de wettelijke regelingen van het land waar de zorg wordt betrokken op grond van de EU sociale zekerheidsverordening, EER-verdrag of een bilateraal verdrag dan wel naar keuze aanspraak op zorg conform de zorgverzekering. De zorg wordt verleend door een door ons gecontracteerde zorgverlener.

Voorwaarden voor vergoeding zijn:

1. De zorg die u in het buitenland krijgt is spoedeisend en u beschikt over een Europese Gezondheidskaart. U dient deze bij ons op te vragen. Bij niet-spoedeisende zorg geldt dat u bij het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaand met verblijf, voorafgaande toestemming van ons nodig heeft, tenzij wij met de zorgverlener of de instelling een contract hebben gesloten;
2. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven);

Toelichting:

Europese Gezondheidskaart

Vanaf 1 januari 2006 wordt de Europese Gezondheidskaart gehanteerd. Officieel heet deze pas de "European Health Insurance Card" (E.H.I.C.). Wat kunt u ermee? Op vertoon van deze pas kunt u in de hele Europese Unie en in de Verdragslanden medisch noodzakelijke zorg krijgen, zonder geld te hoeven voorschieten. Zorgverleners weten dan dat hun rekening door de zorgverzekeraar wordt betaald, conform de in het land geldende sociale ziektekostenverzekering. De pas is dus een verzekeringsbewijs. Deze pas is bedoeld voor verzekerden die voor kortere of langere tijd naar het buitenland (binnen de Europese Unie en Verdragslanden) gaan. Bij voorbeeld voor op vakantie, maar ook voor bewoners van de grensstreek. Wij kiezen ervoor om de pas alleen uit te reiken op verzoek.

Hebben wij u vooraf toestemming verleend voor het invoeren van zorg in het buitenland dan vindt volledige vergoeding van kosten plaats.

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt kostenvergoeding plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

19.1.2 U woont in Nederland en verblijft tijdelijk in het buitenland (niet zijnde EU/EER-staat of verdragsland) en krijgt daar zorg die in Nederland onder de dekking van uw verzekering valt.

U hebt aanspraak op zorg conform de zorgverzekering in het buitenland bij een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend. Bij niet-spoedeisende zorg geldt dat u bij het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaand met verblijf, voorafgaande toestemming van ons nodig heeft in het geval dat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of de instelling gaat;
2. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven);
3. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;

4. de kosten hebben betrekking op diensten die door een in het buitenland gevestigde zorgverlener zijn verricht of goederen die door een in het buitenland gevestigde leverancier zijn geleverd, terwijl die zorgverlener of leverancier voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld;
5. het ziekenvervoer in het buitenland is niet duurder dan in Nederland.

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt kostenvergoeding plaats conform het in het Aansprakenoverzicht genoemde maximumbedrag.

19.1.3 U woont in een ander land (EU/EER-staat of verdragsland) dan Nederland en krijgt zorg in een andere EU/EER-staat of verdragsland

U hebt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens de wettelijke regelingen van het land waar de zorg wordt betrokken op grond van de EU sociale zekerheidsverordening, EER-verdrag of een bilateraal verdrag dan wel naar keuze 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 marktconform bedrag.

Voorwaarden voor vergoeding zijn:

1. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend. Bij niet-spoedeisende zorg geldt dat u bij het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaand met verblijf, voorafgaande toestemming van ons nodig heeft, tenzij wij met de instelling of de zorgverlener een contract hebben gesloten;
2. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven).

19.1.4 U woont in een ander land (buiten EU/EER-staat of verdragsland) dan Nederland en krijgt zorg in het buitenland (niet zijnde EU/EER-staat of verdragsland)

U hebt aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering in het buitenland tot een maximumbedrag. In het Aansprakenoverzicht vindt u de hoogte van de vergoeding.

Voorwaarden voor vergoeding zijn:

1. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend. Bij niet-spoedeisende zorg geldt dat u voorafgaande toestemming van ons nodig heeft, tenzij wij met de instelling of de zorgverlener een contract hebben gesloten;
2. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven).

Algemeen deel

20 De verzekeringsovereenkomst

20.1 Grondslagen van de verzekering

20.1.1 Regelingen en mededelingen

Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet;
 - het Besluit zorgverzekering;
 - de Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting;
 - de gegevens door u verstrekt op het aanvraagformulier;
 - andere mondelinge of schriftelijke inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerden) bij het afsluiten van deze verzekering hebt verstrekt;
 - eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten;
 - door ons vastgestelde reglementen zoals het Reglement hulpmiddelen;
 - eventuele clausulebladen zoals het Clausuleblad terrorisme.
- Deze grondslagen van de verzekering bepalen samen uw rechten en plichten.

20.1.2 Gebruikelijkheid en noodzakelijkheid van de zorg

- De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

20.2 Inhoud van de verzekeringsovereenkomst

De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer. De zorgpolis bestaat uit het polisblad, deze polisvoorwaarden, het Aanspraken-/Restitutiereglement en informatie over de premiegrondslag.

20.3 Het inschrijvingsbewijs

Naast de zorgpolis verstrekken wij als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan u de zorg kunt invoeren bij de door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.

20.4 Contractspartij

Een verzekeringnemer mag ook andere verzekeringplichtige personen verzekeren dan hemzelf. De verzekeringnemer kan de volgende personen verzekeren:

- personen die deel uitmaken van het gezin van de verzekeringnemer;
- een onder curatele gestelde en de verzekeringnemer is de curator;
- een onder bewind gestelde en de verzekeringnemer is de bewindvoerder;
- een onder mentorschap gestelde en de verzekeringnemer is de mentor.

20.5 Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

20.6 Onwaarachtige weergave van feiten

Als de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerde) bij het afsluiten van de verzekering heeft verstrekt onjuist of onvolledig blijken te zijn, kunnen wij de verzekering opzeggen. Wij doen dit echter niet voordat wij u op deze onjuistheid of onvolledigheid hebben gewezen en u niet heeft gereageerd binnen

een termijn van 14 dagen. U hebt vanaf dat moment ook het recht de overeenkomst te beëindigen. Hebt u de opzet gehad ons te misleiden, dan zeggen wij de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met onmiddellijke ingang op. Wij vorderen alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van onjuiste of onvolledige informatie bij u terug.

20.7 Geldigheid van de Polisvoorwaarden

Deze Polisvoorwaarden zijn van toepassing voor zover daarvan niet wordt afgeweken in:

- een bijkomende of collectieve overeenkomst zoals bedoeld onder punt f van artikel 20.1.1;
- het Aansprakenoverzicht en/of het Restitutiereglement;
- de premiegrondslag.

20.8 Privacy

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en eventuele nadere gegevens worden door ons verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten 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 financiële instellingen" 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, of downloaden van de site van het Verbond, www.verzekeraars.nl

20.9 Onrechtmatige inschrijving

- Indien ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringplicht bestaat.
- Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door u sindsdien voor uw rekening genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

21 Begin van de zorgverzekering

- De verzekering gaat in op de datum die op uw polis vermeld staat als ingangsdatum. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van u hebben ontvangen.
- Indien uw zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in het eerste lid, hebben ontvangen en u reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd bent, en u aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
- Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringplicht is ontstaan, werkt deze, zolang 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.

22 Duur van de zorgverzekering

- U kunt de zorgverzekering vóór 1 november van elk jaar met ingang van 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar opzeggen. Indien u de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krach-

tens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.

- c. U kunt de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop wij u het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld en de inwerking-treding van die verhoging.
- d. Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van u plaatsvindt, kunt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U kunt de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat maar in ieder geval hebt u 30 dagen de tijd voor opzegging nadat de wijziging aan u is meegedeeld.
- e. De opzegging, bedoeld in onderdeel b, of onderdeel c gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u hebt opgezegd.
- f. In afwijking van het bepaalde in onderdeel e gaat een opzegging, bedoeld in onderdeel b, in met ingang van de dag waarop de u (verzekerde) krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door ons is ontvangen.

23 Beëindiging van rechtswege van de zorgverzekering

- a. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren;
 - u ten gevolge van een wijziging van het werkgebied buiten ons werkgebied komt te wonen;
 - u overlijdt. Wij dienen binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
 - uw verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer bent verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- b. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop u, zonder dat uw verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin wij de ten behoeve van u gesloten zorgverzekering aanbieden of uitvoeren.
- c. Wij stellen u uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het bepaalde in onderdeel a, eerste of tweede bullet eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- d. U (verzekeringnemer) stelt ons onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het bepaalde in onderdeel a, derde of vierde bullet, dan wel het bepaalde in onderdeel b tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- e. Indien wij op grond van het in onderdeel d bedoelde gegeven tot de conclusie komen dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, delen wij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan u mee.
- f. Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- g. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat wij niet het recht hebben de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 24.4.

24 Premie, wettelijke bijdragen en kosten

Waar vindt u welke informatie?

- Informatie hoe de kosten voor uw verzekering zijn opgebouwd

vindt u in artikel 24.1;

- Informatie over het betalen van de kosten voor uw verzekering vindt u in artikel 24.2;
- Informatie over een herziening van de premie vindt u in artikel 24.3;
- Informatie die van toepassing is als u een betalingsachterstand heeft vindt u in artikel 24.4;
- Informatie over de beëindiging van uw verzekering bij betalingsachterstand en over premieruggave als u uw verzekering opzegt, vindt u in artikel 24.5;
- Informatie over aansprakelijkheid voor collectief verzekerden vindt u in artikel 24.6.

24.1 Kosten

24.1.1 Kosten opbouw

De door u te betalen kosten voor uw verzekering zijn opgebouwd uit:

- a. de premiegrondslag;
- b. de wettelijke bijdragen of andere kosten die wij volgens de wet verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- c. de belastingen die wij volgens de wet of een verdrag verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- d. de bedragen die wij rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald, maar die u zelf had moeten betalen omdat ze onder het eigen risico of de eigen bijdrage van uw verzekering vielen;
- e. de toeslag die u dient te betalen voor de keuze voor een andere termijnbetaling dan de termijn die in de premiegrondslag wordt genoemd;
- f. incassokosten die wij moeten maken om openstaande vorderingen bij u te innen;
- g. eventuele andere kosten. Hieronder verstaan wij ook het bedrag dat wij u in rekening brengen als u de verschuldigde kosten niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

24.1.2 Kosten basis

Wij stellen vast wat de hoogte van deze kosten is en in welke gevallen en wanneer u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Dit doen wij op basis van de soort verzekering die u hebt afgesloten.

24.2 Betaling

24.2.1 Premie

- a. Krachtens de zorgverzekering bent u ons premie verschuldigd;
- b. Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt;
- c. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting.

24.2.2 Verschuldigde kosten

- a. U (verzekeringnemer) moet de kosten die u ons verschuldigd bent betalen.
- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd rekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

24.2.3 Aansprakelijkheid

U (verzekeringnemer) bent aansprakelijk voor de tijdige betaling van de verschuldigde kosten. Als u (verzekeringnemer) overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over uw vermogen te beschikken, is ieder van de verzekerden persoonlijk aansprakelijk voor de betaling van de gehele verschuldigde kosten. Deze hoofdelijke aansprakelijkheid eindigt op het moment dat wij één van de verzekerden als nieuwe verzekeringnemer accepteren.

24.2.4 Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) bent verplicht de verschuldigde kosten (premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse

wettelijke regelingen of bepalingen), op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, half jaar of jaar, vooruit betalen. Die geldbedragen moeten uiterlijk vóór de eerste dag van die afgesproken periode in ons bezit zijn. Als wij met u afspreken dat wij de verschuldigde kosten voor elke periode van uw bankrekening incasseren, blijft de verantwoordelijkheid tijdig te betalen (dus van een voldoende saldo) bij u liggen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand zijn wij gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

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

24.3 Herziening van de premie

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

24.4 Betalingsachterstand

24.4.1 Geen recht op vergoeding (Schorsing)

Als u niet tijdig voldoet aan de verplichting tot de betaling van de verschuldigde kosten, dan kunnen wij de dekking van de verzekering opschorten. Wij sturen u echter eerst na de premievervaldag een herinneringsbrief waarin wij u aanmanen tot betaling binnen 14 dagen en waarin wij u meedelen dat bij niet voldoening binnen deze gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. U blijft verplicht alle verschuldigde kosten te betalen. De termijn voor betaling begint te lopen de dag na dagtekening van de herinneringsbrief. Als u het bedrag niet voldoet binnen de termijn van 14 dagen die in de herinneringsbrief wordt genoemd, dan bent u in verzuim en kunnen wij dit bedrag direct opeisen.

De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop wij alle verschuldigde kosten hebben ontvangen.

24.4.2 Aflossen schuld

Loopt u achter met uw betaling, dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen de langst openstaande (premie-) schuld af. Schulden die zijn opgebouwd uit meerdere bedragen, kunt u niet splitsen. Zij moeten in hun geheel worden betaald.

Toelichting 1:

U hebt de kosten voor uw verzekering over een periode van drie maanden niet betaald. Deze kosten zijn opgebouwd uit premie. U moet deze kosten in zijn geheel betalen. U kunt niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand. Ook kunt u vorderingen niet verrekenen met bedragen die u nog van ons te goed heeft. Wij kunnen uw schuld wel verrekenen met bedragen die u van ons krijgt.

Toelichting 2:

U hebt een premieschuld van € 400,-. U hebt ons voor € 100,- aan nota's opgestuurd. Wij moeten beoordelen of deze nota's geheel vergoeding in aanmerking komen. U mag deze nota's daarom niet van uw schuld aftrekken. Uw schuld blijft € 400,-.

Toelichting 3:

U hebt een schuld van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- nota's op. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw schuld is daarmee betaald.

24.4.3 Verdragsschade

Vanaf het moment dat u in verzuim bent:

- a. zijn wij gerechtigd u de wettelijke rente over de vordering in rekening te brengen en;
- b. zullen wij u de door ons gemaakte kosten in en buiten rechte in rekening brengen. (Buitengerechtigde incassokosten worden berekend conform het rapport Voorwerk II van de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak.).

24.5 Premiebetaling en de beëindiging van uw verzekering

24.5.1 Wij beëindigen uw verzekering

Hebt u de verschuldigde kosten binnen de termijn van 14 dagen na de herinneringsbrief zoals vermeld in artikel 24.4.1 nog niet (volledig) betaald, dan beëindigen wij uw verzekering. Wij hoeven daarvoor tegenover u geen officiële verklaring af te leggen dat u uw verplichtingen niet na bent gekomen. Ook de tussenkomst van een rechter is daarvoor niet nodig. U blijft verplicht om ons alle verschuldigde en opeisbare bedragen te betalen. Over de periode waarin de dekking van de verzekering nog niet is opgeschort blijven wij verplicht de zorgkosten te vergoeden. Meer over de beëindiging van uw verzekering leest u in artikel 22 en 23.

24.5.2 Schuld over een beëindigde verzekering

Als u of één van de verzekerden ons nog kosten schuldig is over een verzekering die inmiddels beëindigd is, hebben wij met betrekking tot de lopende verzekering het recht kosten die u van ons vergoed krijgt te verrekenen met de oude openstaande schuld;

24.5.3 Geld terug bij einde verzekering midden in een periode

Eindigt uw verzekering in een periode die u vooraf heeft betaald, dan krijgt u over het resterende gedeelte van die periode het betaalde bedrag terug. Wij brengen u wel administratiekosten in rekening met een maximum van 25% van het terug te betalen bedrag.

25 No-claim

- a. Als u gedurende het kalenderjaar zorg geniet en/of kosten van zorg maakt, waarmee een bedrag is gemoeid dat lager is dan het in de Premiebijlage vermelde no-claimbedrag, keren wij u het verschil tussen het maximumbedrag van de no-claim en het eerstgenoemde bedrag uit door overmaking op uw bankrekening.
- b. Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger is dan 18 jaar komt niet in aanmerking voor een no-claimteruggave.
- c. Als u gedurende het kalenderjaar zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed alsmede 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, geniet, worden deze kosten niet in mindering op uw no-claim gebracht.
- d. Voor de toepassing van deze regeling is onze registratie van zorgkosten op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het door ons uit te keren bedrag plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het betreffende kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van ons worden gebracht, stellen wij de no-claim teruggeve opnieuw vast en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met de no-claim van het daaropvolgende jaar en indien dit niet mogelijk is met alle andere betalingen aan de verzekeringsnemer uit hoofde van deze verzekering.
- e. 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 bedrag van de no-claim 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.

- f. 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.
- g. Voor de vaststelling van de no-claim teruggave worden de DBC's toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

26 Eigen risico

Dit artikel is alleen op u van toepassing als voor uw hoofdverzekering een eigen risico geldt en wij dit eigen risico op uw polis hebben vermeld hebben.

Waar vindt u welke informatie?

- Informatie over de hoogte van het eigen risico, vindt u in artikel 26.1;
- Informatie over de kosten waarmee u het eigen risico aflost, vindt u in artikel 26.2;
- Informatie over het eigen risico bij een ziekenhuisopname, vindt u in artikel 26.3;
- Informatie over het eigen risico bij het einde van uw verzekering, vindt u in artikel 26.4.

26.1 Eigen risico

Het eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen. Is dit laatste het geval dan vindt u dit bedrag op uw polis. Het eigen risico is het bedrag dat u per kalenderjaar zelf aan ziektekosten voor uw rekening neemt. Wij vergoeden de kosten die u maakt pas, als deze kosten het bedrag van uw eigen risico te boven gaan.

26.2 De hoogte van het eigen risico

26.2.1 Eigen risico

- a. Als u bij ons een zorgpolis afsluit, kan voor deze verzekering per kalenderjaar een eigen risico gelden. Het per verzekerde gekozen eigen risico staat op de polis en moet jaarlijks zelf aan ziektekosten worden betaald. Pas als dit bedrag is uitgegeven krijgt u de overige kosten die dat jaar onder de dekking van uw verzekering vallen door ons betaald. Er geldt geen eigen risico voor verzekerden onder de 18 jaar. Het eigen risico kan variëren van € 100,- € 200,- € 300,- € 400,- € 500,-.
- b. Indien een eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld in de premiebijlage.
- c. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleend vallen buiten de kosten van het eigen risico:

Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- een bedrag ter zaken van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen ons van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedeelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- d. Kosten van zorg die ten laste van de hoofdverzekering, komen eerst in mindering op de no-claim, zoals bedoeld in artikel 25. De daarop volgende kosten worden in de berekening van het eigen risico betrokken. Als wij de volledige kosten van verleende zorg rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald, maar u hebt recht op een lagere dekking omdat u een eigen

riscio verschuldigd bent, dan bent u verplicht ons het verschil te betalen. U betaalt ons dit verschil op de wijze waarop u uw premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro).

Toelichting:

Stel de no-claim bedraagt € 250,- en het door u gekozen eigen risico bedraagt € 300,-. Wanneer u vervolgens € 700,- aan kosten maakt voor medisch-specialistische zorg betekent dit dat € 550,- voor eigen rekening blijven. Dit betekent concreet dat u aan het eind van verzekeringsjaar geen recht heeft op teruggave van uw no-claim en dat u de € 300,- van het eigen risico aan ons moet overmaken. Wij betalen de gehele rekening aan de zorgverlener.

- e. Het eigen risico, zoals genoemd op polisblad of polisaanhangsel, wordt niet verminderd met bedragen die als eigen bijdrage moeten worden betaald bij het verkrijgen van bepaalde zorg. Dit geldt eveneens voor de kosten die u moet maken wanneer u gebruik maakt van de mogelijkheid om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan en wij de genoten zorg niet volledig vergoeden.
- f. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

26.2.2 Vaststellen eigen risico van een hoofdverzekering die in de loop van het jaar ingaat dan wel eindigt.

Als uw verzekering in de loop van het jaar ingaat dan wel eindigt, berekenen wij het eigen risico voor dat jaar als volgt:

- het verschuldigde eigen risico over een geheel jaar wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen van het jaar waarop uw hoofdverzekering zal lopen of heeft gelopen;
- deze uitkomst delen wij door het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

26.2.3 Vaststellen eigen risico bij een overstap in de loop van het jaar naar een zorgverzekering met een ander eigen risico.

Als u in de loop van het jaar overstapt naar een zorgverzekering bij ons met een ander eigen risico, dan berekenen wij het eigen risico voor die nieuwe verzekering voor dat jaar als volgt:

- het verschuldigde eigen risico over een geheel jaar wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen dat het heeft gegolden en het nieuwe eigen risico dat gaat gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen dat het nog gaat gelden;
- de op grond van de in het vorige lid berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
- deze uitkomst delen wij door het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

26.2.4 Wijziging aanbod eigen risico

Wij hebben de mogelijkheid om de keuzemogelijkheden ten aanzien van de hoogtes van het eigen risico te wijzigen. Daardoor kan het zijn dat het door u gekozen eigen risico vervalt. In dat geval kunt u met ons een zorgverzekering met een lager eigen risico of zonder eigen risico afsluiten.

27 Uitsluitingen

27.1 Kosten die onder een andere verzekering vallen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- kosten die u vergoed zou kunnen krijgen uit een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling.
- kosten die verband houden met een behandeling waarop u recht zou hebben uit een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling.

27.2 Uitsluiting van bepaalde behandelingen

De volgende kosten vergoeden wij niet vanuit de hoofdverzekering:

- a. van de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- b. kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
 1. keuringen;
 2. het afgeven van attesten, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
 3. vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
 4. griepvaccinaties.
- c. kosten voor alternatieve geneeswijzen;
- d. kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt of verzuimt.

27.3 Kosten door geweld of schuld

27.3.1 Molest

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
 1. een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand of binnenlandse onlusten;
 2. oproer of muiten;
 3. sabotage;
 4. rellen, relletjes of opstootjes.Wij gaan hierbij uit van de definities die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Deze tekst is in bewaring gegeven bij de Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag;
- b. kosten die ontstaan zijn:
 1. door uw grove schuld, door uw (voorwaardelijk) opzet of met uw instemming;
 2. door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelende arts of therapeut;
 3. doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig belemmert.
- c. kosten die ontstaan zijn doordat u een misdrijf (mede) heeft gepleegd of daar een poging toe heeft gedaan of hieraan medeplichtig bent.

27.3.2 Terrorisme

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

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de 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.

Voor de inhoud van dekking voor terrorisemeschade verwijzen wij u verder naar het bijgevoegde clauseblad inzake terrorismedekking.

27.3.3 Kosten door atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden, dan vergoeden wij deze wel onder de volgende voorwaarden:

- a. de Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- b. de plaats van de nucliden is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- c. volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde voor de geleden schade aansprakelijk.

Toelichting:

Een voorbeeld van de kosten die wij vergoeden zijn de kosten van bestraling bij kankerpatiënten. Bij deze bestraling zijn atoomkernreacties betrokken. De kosten van deze bestraling vergoeden wij wel, ook al hebben de kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

28 Verplichtingen van de verzekerde

28.1 Algemeen

Om uw verzekering goed uit te kunnen voeren, moet u een aantal verplichtingen naleven. Deze verplichtingen worden hierna weergegeven. Indien onze belangen worden geschaad door het niet-nakomen van deze verplichtingen hebt u geen aanspraak op zorg dan wel behoeven wij u geen kosten te vergoeden.

28.2 U geeft inlichtingen aan ons of onze zorgverleners

U bent verplicht:

- a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur daarom vraagt;
- c. aan ons, onze medisch adviseur of personen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- d. ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. binnen 30 dagen aan ons te melden dat u gedetineerd bent;
- f. in voorkomende gevallen de originele nota's binnen 36 maanden na datum van de rekening bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

28.3 Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven

U bent verplicht binnen een maand aan ons 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.

Kennisgevingen aan u, gericht aan u laatst bekende adres worden geacht u te hebben bereikt.

Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde:

Wij benaderen de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 3 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 u (de verzekeringnemer en de verzekerde) uw keuze niet schriftelijk aan ons kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder eigen risico.

29 Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen?

Hebt u klachten? In dit artikel leest u welke acties u in dat geval kunt ondernemen:

29.1 U hebt klachten over de uitvoering van uw verzekering

29.1.1 Schriftelijk bericht

Als u niet akkoord bent met een door ons genomen beslissing in het kader van de uitvoering van uw verzekering, kunt u dit schriftelijk aan onze afdeling Klantenservice laten weten en ons verzoeken om een heroverweging.

29.1.2 Reactie binnen 60 dagen

Onze afdeling Klantenservice zal u binnen 60 dagen, nadat zij uw schriftelijk bericht ontvangen heeft, ons standpunt kenbaar maken. Ontvangt u binnen 60 kalenderdagen geen reactie, dan wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door ons te zijn bevestigd.

29.1.3 Geschillen

Gaat u niet akkoord met de beslissing die door ons werd genomen? Geschillen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst worden ter beslechting voorgelegd aan de volgens de wet bevoegde rechter. Daarnaast kunt u er voor kiezen uw geschil voor te leggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

29.2 U hebt algemene klachten

Klachten over de bejegening moeten eerst aan ons interne klachtenbureau, afdeling Klantenservice, worden voorgelegd. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk. (Postbus 90150, 4800 RB Breda). Wanneer ons oordeel voor u niet bevredigend is, kunt u zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringswet wenden. Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringswet. De ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er de Raad van Toezicht die toetst of de verzekeraar de goede naam van de bedrijfstak heeft geschaad. Adres: Ombudsman Zorgverzekeringswet, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Voor verdere info zie www.ombudsmanzorgverzekeringswet.nl. Wie geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het Ombudsman Zorgverzekeringswet niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.

30 Begripsomschrijvingen

Ambulance

Een motorvoertuig dat ingericht en bestemd is voor het vervoer van zieken en ongevals slachtoffers.

Apotheek

Instelling die geneesmiddelen aflevert. Degene die de instelling beheert (de apotheker) moet geregistreerd staan als apotheker zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet BIG.

Arts

Degene die als arts geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet BIG.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Toelichting:

Deze wet geeft recht op vergoeding van kosten zoals thuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor de uitvoering van deze wet kunt u zich wenden tot het Zorgkantoor in uw regio.

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.

Behandeling

Als wij in deze voorwaarden spreken over een behandeling, bedoelen wij:

- een geneeskundige behandeling of;
- een consult of visite of;
- een geneeskundige ingreep of;
- een levering van een hulpmiddel of;
- een opname of;
- een geneeskundige verrichting of;
- medisch specialistische zorg.

Bekkenfysiotherapeut

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

Bekkenfysiotherapie

De vorm van fysiotherapie bij bekkenbodemplakten die het gevolg zijn van functiestoornissen van de bekkenbodem zoals incontinentie, obstipatie, verzakkingen en pijn en fysiotherapie bij bekkenpijn of bekkinstabiliteit als gevolg van functiestoornissen van de bekkenring (bekkengewrichten, lage rug en heupen).

Bevalling

Het einde van de zwangerschap ná de achttiende week.

BIG

Zie Wet BIG.

Bijkomende kosten

Kosten, die een instelling in rekening mag brengen voorzover er geen sprake is van een DBC-tarief. Dit wordt geregeld in de Wet tarieven gezondheidszorg.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland. Als u niet in Nederland woont en u hebt juist om die reden bij ons een (andere) verzekering gesloten, dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

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.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die zich in Nederland heeft gevestigd en van de overheid een vergunning heeft gekregen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Chronische aandoening

Een blijvende aandoening. De aandoening kan zich permanent, periodiek, maar ook incidenteel openbaren.

Collectieve overeenkomst

De overeenkomst die wij hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt, dan wel de organisatie waar u bij aan bent gesloten met het doel u de mogelijkheid te bieden om als verzekerde aan te sluiten bij deze collectieve overeenkomst.

CVZ

Het College voor Zorgverzekeringen.

Dagbehandeling

Bedverpleging in een ziekenhuis die korter dan 24 uur duurt. De verpleging houdt verband met een onderzoek of behandeling op diezelfde dag door een specialist.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een Diagnose Behandeling Combinatie beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, zoals deze door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. is 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 verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na ten hoogste 365 dagen.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittende organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkings-sfeer 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.

Diëtist

Degene die de titel diëtist mag voeren, zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG, en die lid is van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en/of de Diëtisten Coöperatie Nederland u.a. (D.C.N.).

Eigen bijdrage

Deze bijdrage bestaat uit:

- Het deel van bepaalde ziektekosten dat u zelf moet betalen omdat wij die kosten niet volledig vergoeden;
- Of de bijdrage die u eerst zelf verschuldigd bent voordat u een bijdrage uit uw verzekering krijgt.

Eigen risico

Een eigen risico geldt voor alle kosten die onder de dekking van de hoofdverzekering vallen. Het is het door u gekozen bedrag dat u van uw ziektekosten eerst voor eigen rekening moet nemen. Pas als dit bedrag is uitgegeven, krijgt u de overige kosten die dat jaar onder de dekking van uw hoofdverzekering vallen door ons vergoed.

Ergotherapeut

Degene die de titel ergotherapeut mag voeren zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG.

Ergotherapie

Behandeling gericht op systematische oefening, om door ziekte of anderszins verzwaakte of uitgevallen functies te herkwijgen of te stimuleren. Ergotherapie bestaat uit advisering, instructie, training of behandeling gericht op het bevorderen of herstellen van de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde. Ook mantelzorgers in de directe omgeving van de verzekerde kunnen worden geadviseerd, geïnstrueerd of getraind, als dit medisch noodzakelijk is voor de verzekerde.

EU en EER

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, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De bij ministeriële regeling aangewezen vormen van farmaceutische zorg.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gecontracteerde zorg

De zorg die wij op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht zijn op basis van een tussen ons en de zorgverlener gesloten overeenkomst te verlenen.

Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekering

Het instituut dat geschillen tussen de zorgverzekeraar en verzekerden over de uitvoering van de zorgverzekering behandelt. De geschillencommissie doet uitspraak in de vorm van een bindend advies. De geschillencommissie is ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

Gezin

- a. gehuwden;
- b. personen die ongehuwd duurzaam samenwonen op grond van een notariële samenlevingsovereenkomst;
- c. personen die kunnen aantonen dat ze tenminste zes maanden ongehuwd samenwonen waarbij zij een gemeenschappelijke huishouding voeren;
- d. ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- e. een alleenstaande met één of meerdere kinderen zoals die hierboven zijn beschreven.

Deze personen vormen een gezin als zij op hetzelfde adres wonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering die u krachtens de Zorgverzekeringswet verplicht bent af te sluiten en af kunt sluiten zonder dat dit in combinatie met een andere aanvullende verzekering hoeft te gebeuren.

Huidtherapeut

Degene die als huidtherapeut geregistreerd staat bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en de HBO-opleiding tot huidtherapeut met goed gevolg heeft afgerond.

Huisarts

Degene die volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG

als arts geregistreerd staat en die tevens als in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven en waarbij u als patiënt staat ingeschreven dan wel de huisarts die wij als zodanig hebben gecontracteerd.

Hulpmiddelen

De bij ministeriële Regeling vastgestelde lijst hulpmiddelen en het daarbij door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruiktermijnen en volumevoorschriften.

Indicatie

Aanwijzing welke behandeling moet worden toegepast ingeval van een bepaalde ziekte, aandoening of gebrek.

Jaar

Als wij het in het geval van een schriftelijke toestemming hebben over een jaar, bedoelen wij daarmee een aaneengesloten tijdvak van 365 dagen.

Kaakchirurg

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

Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

Kalenderjaar

Dit is het jaar dat loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kinderfysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kraamcentrum/kraaminrichting

Een instelling die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten:

- en in uw regio is gelegen;
- of buiten uw regio is gelegen maar door ons is gecontracteerd of aangesloten bij één van de volgende organisaties: Landelijk Transferpunt Zorg, Take Good Care Kraamzorg BV of Kraamzorg Nederland BV.

Kraamzorg

De zorg van moeder, kind en huishouding door de kraamverzorgster bij de verzekerde thuis. De zorg wordt verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraambureau verbonden kraamverzorgende.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek dat verricht wordt door een laboratorium in het kader van een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium moet door de bevoegde overheidsinstantie als laboratorium toegelaten zijn.

Logopedische behandeling

Spraaklessen door een logopedist ter correctie van spraak- of stemgebreken.

Logopedist

Een spraak- en stemkundige die de titel van logopedist mag voeren zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG.

Maand

Kalendermaand; de periode die overeenkomt met één van de maanden van het jaar.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De fysiotherapeut heeft zich gepresenteerd als manueel therapeut en staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Modelovereenkomst

In de Zorgverzekeringswet wordt dit begrip gebruikt om uw zorgverzekeringsovereenkomst mee aan te duiden. Met andere woorden deze Polisvoorwaarden vormen de door OZ opgestelde modelovereenkomst in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Mondhygiënist

Degene die de titel van mondhygiënist mag voeren zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG en lid is van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist. De mondhygiënist werkt zelfstandig (is vrijgevestigd).

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De fysiotherapeut staat als oedeemtherapeut geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oedeemtherapie

Therapie, die ervoor zorgt dat zichtbare lymfevochtophoping die leidt tot pijn, verminderde mobiliteit of ontstekingen door middel van manuele lymfedrainage verminderd of verwijderd wordt.

Oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck

Degene die titel van oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck mag voeren zoals is bepaald in artikel 34 van de Wet BIG.

Oefentherapie Cesar of Mensendieck of fysiotherapie

Een behandeling door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck of fysiotherapeut.

Ons

De Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ zorgverzekeringen U.A. Deze onderlinge waarborgmaatschappij kan ook worden aangeduid met 'wij'.

Opname

(Aanvang van) een verblijf langer dan 24 uur in een ziekenhuis of revalidatie-instelling indien en zolang er een medische noodzaak bestaat voor verpleging, onderzoek en behandeling die alleen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist

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

OZ Hulplijn Buitenland

Via deze dienst wordt voor u medische en aanverwante hulp bij ziekte of een ongeval gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland geregeld. Tel: + 31 (0)76 524 35 25.

OZ/OZ zorgverzekeringen

De Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ zorgverzekeringen U.A. indien er sprake is van een hoofdverzekering.

Polis

Uw polis ontvangt u ieder jaar. Op dit bewijs van verzekering staat onder andere de datum van inwerkingtreding van de verzekering en de soort verzekering aangegeven.

Polisvoorwaarden

De voorwaarden, het Aansprakenoverzicht, het Restitutiereglement en de premiegrondslag die betrekking hebben op de verzekering(en) die u heeft afgesloten en de regelingen en reglementen die door middel van de Polisvoorwaarden van toepassing worden verklaard.

Premiegrondslag

De financiële tegenprestatie voor de gesloten verzekering zoals die voor een verzekerde van 18 of ouder geldt zonder rekening te houden met eventuele kortingen.

Prothese

Hulpmiddel, dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Repatriëring

Ziekenvervoer van een verzekerde:

- a. van zijn tijdelijke verblijfplaats of de plaats van ongeval, plotse ziekte of behandeling in het buitenland;
- b. naar de plaats van behandeling of verpleging in Nederland of zijn wettelijke adres of woonadres.

Revalidatie

De gecombineerde zorg die bestaat uit onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schriftelijk

Per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht.

Schriftelijke toestemming

U dient deze toestemming schriftelijk bij onze afdeling Zorgaanvragen aan te vragen. Daarna ontvangt u van ons schriftelijk bericht.

Specialist of medisch specialist

De arts die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Specialistische zorg of medisch specialistische zorg

Zorg, behandeling of onderzoek zoals dat in de kring der beroepsnoten gebruikelijk is en hoort tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.

Spoedeisend

Situatie waarbij het medisch niet verantwoord is om het verlenen van hulp uit te stellen en de hulp direct na het vaststellen van de behoefte ervan wordt verleend.

Tandarts

Degene die als zodanig geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Tandheelkundige noodzaak

De noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundig-wetenschappelijke overwegingen.

Tandarts implantoloog

Lid van de Nederlandse vereniging voor Orale Implantologie (NVOI).

Tandprotheticus

Degene die is opgeleid volgens de voorwaarden van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

Uw aanwezigheid in het buitenland zonder dat u daar woont. In het Vergoedingenoverzicht kunt u terugvinden hoe lang het verblijf in het buitenland mag zijn om nog als tijdelijk te kunnen worden aangemerkt.

Treknormen

Tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars overeengekomen lijst met aanvaardbare wachttijden voor het ontvangen van zorg. De wachttijd wordt als aanvaardbaar beoordeeld als de wachttijd niet tot gezondheidsschade kan leiden dan wel niet tot een onnodig lang werkverzuim leidt. De lijst is te vinden op www.rivm.nl onder het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan de lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte of Zwitserland.

Verhaalsrechten

Indien schade ontstaat door het handelen van een ander, is het mogelijk dat wij de uit deze schade voortvloeiende zorgkosten op (de verzekering van) die ander kunnen verhalen.

Verloskundige

Degene die als verloskundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en in Nederland de opleiding tot verloskundige heeft gevolgd. Is de opleiding tot verloskundige in het buitenland gevolgd, dan dient naast de registratie op grond van de Wet BIG ook de aanvullende cursus van het KNOV met goed gevolg te zijn afgelegd.

Verpleegkundige

Degene die als verpleegkundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Een verwijzing is een schriftelijke verklaring van een arts waaruit duidelijk kan worden opgemaakt, dat de arts een medische indicatie aanwezig acht voor de aangevraagde/ gedeclareerde hulpverlening.

Verzekerde(n)

Degene(n) die zo op de polis vermeld staat of staan. In deze Polisvoorwaarden wordt de verzekerde aangesproken met "u" en "uw".

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering met als onderwerp:

- a. een hoofdverzekering;
- b. een aanvullende verzekering;
- c. een combinatie van een hoofdverzekering met één of meer aanvullende verzekering(en);
- d. een combinatie van aanvullende verzekeringen.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekering heeft afgesloten. In de Polisvoorwaarden worden zowel de verzekerde als de verzekeringnemer aangesproken met “u” en “uw”. Wanneer we alleen de verzekeringnemer en niet de verzekerde bedoelen, is deze aangeduid met “u (verzekeringnemer)”.

Voorschrift/recept

Een voorschrift/recept is een schriftelijke verklaring van een arts waaruit duidelijk kan worden opgemaakt dat de arts een medische indicatie aanwezig acht voor de aangevraagde/gedeclareerde medicatie.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij

De Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ zorgverzekeringen U.A. Deze onderlinge waarborgmaatschappij kan ook worden aangeduid met ‘ons’.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw sociale activiteiten op één bepaalde plaats of in één bepaald land heeft. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan wordt u geacht daar te wonen.

Toelichting:

Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis heeft, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van maatschappelijke of sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland.

Toelichting:

Wij praten over “woonland” als u in een ander land woont of bijvoorbeeld voor werk bent gedetacheerd.

Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)

Een organisatorisch verband dat geen deel uitmaakt van en/of niet fungeert ten behoeve van een ziekenhuis. Het Zelfstandig Behandel Centrum verleent medisch specialistische zorg en heeft daarvoor een vergunning van de bevoegde overheidsinstantie ontvangen. Wij verstaan onder Zelfstandig Behandel Centrum niet een eenmanspraktijk of zogenaamde buitenpraktijk van een specialist.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Het ziekenhuis is door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten.

Ziekenvervoer

- a. ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland: het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, helikopter of eigen auto tussen:
 1. de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 2. de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, als en voor zover openbaar vervoer volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen niet mogelijk is.
- b. ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland: spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi of eigen auto tussen:
 1. de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland; en
 2. de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of

in Nederland of het wettelijke woonadres. Als en voor zover openbaar vervoer volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen niet mogelijk is. Wij verstaan onder ziekenvervoer in dit geval niet het vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland.

Zorgverlener

De persoon of instelling die bevoegd is geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Toelichting:

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland geeft adviezen aan de zorgverzekeraars. Van deze vereniging zijn bijna alle zorgverzekeraars in Nederland lid, OZ zorgverzekeringen ook.

BIJLAGE

Clausuleblad terrorismedekking

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt – voor zover niet anders blijkt – verstaan onder:

1.1 Terrorisme

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting

Het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekersmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte verzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten

- Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub p van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars

- schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993; en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1

Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2

De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3

In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn)afgesloten.

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1

Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2

De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3

Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkeringgerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4

De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

