

# Deel A

## Algemene bepalingen AEGON Ziektelkosten

---

### INHOUDSOPGAVE

#### BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

#### GRONDSLAG VAN DE (AANVULLENDE) (ZORG)VERZEKERING

Artikel 2

#### VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

Artikel 3

#### OVERIGE BEPALINGEN

- |            |   |
|------------|---|
| Artikel 4  | Fraude  |
| Artikel 5  | Onrechtmatige inschrijving                            |
| Artikel 6  | Premiebetaling en schorsing                           |
| Artikel 7  | Kennisgeving relevante gebeurtenissen                 |
| Artikel 8  | Herziening van premie of voorwaarden                  |
| Artikel 9  | Begin en einde van de (aanvullende) (zorg)verzekering |
| Artikel 10 | Geschillen  |
| Artikel 11 | Registratie van persoonsgegevens                      |
| Artikel 12 | Uitsluitingen   |
| Artikel 13 | Lidmaatschap Vereniging ONVZ                          |

## BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

### Artikel 1

#### *(Zorg)verzekeraar*

Zorgverzekeraar: ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., uitvoerder van de zorgverzekering (AEGON Basis Zorgverzekering).

Verzekeraar: ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., uitvoerder van de aanvullende verzekering. Beide maatschappijen zijn gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

#### *Bekkentherapeut*

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### *Bedrijfsarts*

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

#### *Centrum voor bijzondere tandheelkunde*

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

#### *Centrum voor erfelijkheidsadvies*

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

#### *Dagbehandeling*

Opname korter dan 24 uur.

#### *Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)*

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

#### *Dienstenstructuur*

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

#### *Diëtist*

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

#### *Ergotherapeut*

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

#### *EU- en EER-staat*

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

#### *Farmaceutische zorg*

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

#### *Fysiotherapeut*

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

#### *Huisarts*

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

#### *Hulpmiddelenzorg*

De voorziening in de behoefte aan de door de Regeling zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de (zorg)verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

#### *Kaakchirurg*

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

#### *Kinderfysiotherapeut*

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

#### *Kraamcentrum*

Een instelling, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de (zorg)verzekeraar als zodanig erkende instelling.

#### *Logopedist*

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

#### *Manueel therapeut*

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### *Medisch adviseur*

De arts die de (zorg)verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

#### *Medisch-specialist*

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

#### *Mondhygiënist*

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

#### *Oedeemtherapeut*

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

*Oefentherapeut Cesar/oefen therapeut Mensendieck*

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

*Opname*

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

*Orthodontist*

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

*Revalidatie*

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

*Tandarts*

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

*Tandprotheticus*

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

*Verblijf*

Opname met een duur langer dan 24 uur.

*Verdragslanden*

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

*Verloskundige*

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

*Verzekerde*

Ieder die als zodanig op de (zorg)polis, polisaanhangsel of verzekeringspas is vermeld.

*Verzekeringnemer*

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de (zorg)verzekeraar is aangegaan.

*Wet BIG*

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

*Zelfstandig behandelcentrum*

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

*Ziekenhuis*

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Uitsluitend voor de aanvullende verzekering is tevens het volgende van toepassing:

*Behandelaar*

Een zorgverlener die ingeschreven staat in het register van een erkende beroepsvereniging. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsverenigingen is bij hem verkrijgbaar. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële dan wel gangbare tarieven.

*Medische noodzaak*

De situatie waarbij aanspraak op zorg bestaat voor zover de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Bij twijfel over de medische noodzaak wordt het oordeel gevraagd van de medisch adviseur van de verzekeraar.

*Ongeval*

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

*Onvoorziene behandeling in het buitenland*

Acute medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland.

*Voorziene behandeling in het buitenland*

Medisch niet-acute zorg in het buitenland.

## **GRONDSLAG VAN DE (AANVULLENDE) (ZORG)VERZEKERING**

### **Artikel 2**

- lid 1 De zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. Verzekeringnemer verklaart dat dit formulier de door of namens hem verstrekte antwoorden bevat. De zorgverzekering is vastgelegd in de zorgpolis, bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet, en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.
- lid 2 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:
1. het aanvraagformulier, met de door de verzekeringnemer of de verzekerde al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, en
  2. eventuele schriftelijke gegevens die door de verzekeringnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt, alsmede indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst, de collectieve verzekeringsovereenkomst. Zij maken deel uit van de onderhavige verzekeringsovereenkomst.
- lid 3 De (zorg)verzekeraar verstrekt de (zorg)polis als bewijs van de (aanvullende) (zorg)verzekering. Als bewijs van de zorgverzekering verstrekt de zorgverzekeraar tevens een verzekeringspas.
- lid 4 De kosten van zorg op basis van de (aanvullende) (zorg)verzekering kunnen -behoudens eigen bijdragen en eigen risico- door de verzekerde bij de (zorg)verzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst bestaat tussen zorgverlener en (zorg)verzekeraar op grond waarvan rechtstreeks wordt gedeclareerd bij de (zorg)verzekeraar. De (zorg)verzekeraar kan rechtstreeks betalen aan degene die de betreffende zorg heeft geleverd. De betreffende betaling geldt dan eveneens als bevrijdend tegenover de verzekerde. Indien de (zorg)verzekeraar een contract heeft gesloten met de betrokken zorgverlener wordt tevens rechtstreeks gedeclareerd bij de (zorg)verzekeraar. Als de uitkering rechtstreeks aan de zorgverlener is betaald, worden de bedragen van eigen risico's, niet verzekerde kosten en eigen bijdragen aan de verzekerde voorgeschoten.

De (zorg)verzekeraar kan de eerstvolgende uitkeringen van vergoedingen uit hoofde van één of meer (aanvullende) (zorg)verzekeringen van de verzekeringnemer verminderen met de bedragen die voor de verzekerde zijn voorgeschoten. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.

- lid 5 Indien de (zorg)verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de (aanvullende) (zorg)verzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de (zorg)verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de (zorg)verzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.
- lid 6 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 7 De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

## VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

### Artikel 3

- lid 1 De verzekerde is verplicht:
1. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
  2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
  3. aan de (zorg)verzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
  4. de (zorg)verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
- lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de (zorg)verzekeraar 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 aangevraagd voor de einddatum van de (aanvullende) (zorg)verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de (aanvullende) (zorg)verzekering van toepassing is.
- lid 3 Indien de belangen van de (zorg)verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen hoeft deze geen kosten te vergoeden.

## OVERIGE BEPALINGEN

### Artikel 4 Fraude

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

1. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of een onjuiste opgave is gedaan;
2. De (zorg)verzekeraar vordert vergoede kosten verbandhoudende met het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken van verzekeringnemer terug;
3. De (zorg)verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

## **Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving**

- lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekering tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) eventuele verzekeringsplicht bestaat.
- lid 2 De (zorg)verzekeraar zal de premie vanaf de dag waarop eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat verrekenen met de vanaf dat moment verstrekte vergoedingen en het saldo aan de verzekeringnemer betalen dan wel bij hem in rekening brengen.

## **Artikel 6 Betaling en schorsing**

- lid 1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de in lid 5 bedoelde heffing of belasting op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de (aanvullende) (zorg)verzekering in de loop van een maand is de (zorg)verzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met van de (zorg)verzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 2 Niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen die als gevolg van rechtstreekse betaling aan een zorgverlener voor de verzekeringnemer zijn voorgeschoten, moet de verzekeringnemer terugbetalen.
- lid 3 Indien de verzekeringnemer niet -tijdig- voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, de in lid 5 bedoelde heffing of belasting, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen kan de (zorg)verzekeraar na de (premie)vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de (premie)vervaldag. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Indien de (zorg)verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de (zorg)verzekeraar zijn ontvangen, tenzij sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 9 lid 3 en de (zorg)verzekeraar daarop een beroep doet.

Uitsluitend voor de aanvullende verzekering is tevens het volgende van toepassing:

Voor kosten waarvan de noodzaak of de verwachting ze te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

- lid 4 In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd restitutie c.q. verrekening van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- lid 5 Indien in het land waarin verzekerde woonachtig is een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de (zorg)verzekeraar een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.

## **Artikel 7 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht binnen 30 dagen aan de (zorg)verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de (aanvullende) (zorg)verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, gedetineerd zijn e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer of de verzekerde worden verzonden naar hun laatst bekende adres.

Bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde wordt voor de zorgverzekering een premie berekend overeenkomend met een polis zonder eigen risico, tenzij de verzekeringnemer of verzekerde voorafgaand aan het bereiken van de achttienjarige leeftijd aan de zorgverzekeraar kenbaar heeft gemaakt voor een ander eigen risico te kiezen.

## **Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden**

- lid 1 De (zorg)verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende (aanvullende) (zorg)verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere (aanvullende) (zorg)verzekering op een door de (zorg)verzekeraar vast te stellen datum. De (zorg)verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.
- lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden van de verzekering akkoord gaat, kan de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigen tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de (zorg)verzekeraar binnen 30 dagen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling van de herziening van de voorwaarden van verzekering is gedaan. Alsdan wordt de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigd op de dag voor de herzieningsdatum, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer op een latere dag. Deze latere dag kan uiterlijk 30 dagen liggen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling van de herziening is gedaan.
- lid 3 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de premie akkoord gaat, kan de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigen. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de (zorg)verzekeraar in de periode gelegen tussen de datum waarop aan de verzekeringnemer de mededeling van de herziening van de premie is gedaan en de herzieningsdatum. Alsdan wordt de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigd op de dag voor de herzieningsdatum. Een herziening van de premie van de zorgverzekering treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin aan de verzekeringnemer mededeling van deze herziening is gedaan.
- lid 4 Heeft de (zorg)verzekeraar binnen de in lid 2 en 3 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de (aanvullende) (zorg)verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 5 Een toegekende collectiviteitkorting op (aanvullende) (zorg)verzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting.

Uitsluitend voor de aanvullende verzekering is tevens het volgende van toepassing:

De aanvullende verzekering wordt dan voortgezet op individuele condities. Bij strijdigheid tussen een bepaling van een aanwezige collectieve verzekeringsovereenkomst en een aanvullende verzekering is de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst van doorslaggevende betekenis.

## **Artikel 9 Begin en einde van de (aanvullende) (zorg)verzekering**

- lid 1 De (aanvullende) (zorg)verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum. De ingangsdatum is de dag waarop de (zorg)verzekeraar het verzoek tot het sluiten van de aanvullende (zorg)verzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer een latere dag. Vanaf 1 januari daarop volgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer vóór 1 november van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd bij de (zorg)verzekeraar.
- lid 2 Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 3 Nadrukkelijk wordt bepaald dat de (zorg)verzekeraar niet het recht heeft de (aanvullende) (zorg)verzekering te beëindigen, behoudens in de gevallen bedoeld in artikel 4, onderdeel 3 (fraude) en artikel 6 lid 3 (schorsing), alsmede -bij de aanvullende verzekering- in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht (verzwijging).
- lid 4 De (aanvullende) (zorg)verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde.



- lid 5 De zorgverzekering eindigt automatisch op het tijdstip waarop de verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 6 Voorts eindigt de zorgverzekering indien de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren of de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen.

## **Artikel 10 Geschillen**

- lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de (zorg)verzekeraar genomen beslissing kan hij de (zorg)verzekeraar verzoeken zijn beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de klachtcoördinator van de (zorg)verzekeraar.
- lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde een geschil betreffende de zorgverzekering voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het betreffende reglement.

### Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet:

Postbus 291, 3700 AG Zeist  
Telefoon: 030 - 69 88 360, Fax: 030 - 698 82 45

- lid 4 Indien een geschil de aanvullende verzekering betreft kan de verzekeringnemer of de verzekerde de zaak -na heroverweging door verzekeraar- voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

### Ombudsman Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist,  
Telefoon: 030 - 698 83 60, Fax: 030 - 698 82 45.

- lid 5 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de (zorg)verzekeraar wordt gereageerd, dan wel de (zorg)verzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich eveneens wenden tot de bevoegde rechter.

## **Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van een (aanvullende) (zorg)verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de (zorg)verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om de verzekeringnemer of de verzekerde te informeren over producten en zorgdiensten van (zorg)verzekeraar, voor het toezenden van het gezondheidsbulletin of het verstrekken van informatie of advies. De (zorg)verzekeraar behoudt zich het recht voor de persoonsgegevens aan derden te verstrekken in het kader van de uitvoering van de (aanvullende) (zorg)verzekering. De Wet bescherming persoonsgegevens wordt bij een en ander in acht genomen.

## **Artikel 12 Uitsluitingen**

- lid 1 Uit hoofde van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
1. de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die in verband met bevolkingsonderzoek;
  2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
  3. griepvaccinaties;

4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
6. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
7. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
8. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf 1993.

lid 2 Uit hoofde van de aanvullende verzekering bestaat naast het in lid 1 sub 7 en 8 vermelde geen aanspraak op vergoeding van kosten:

1. indien, zo deze aanvullende verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van één van de wettelijke regelingen;
2. van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge een (buitenlandse) wettelijke regeling anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze aanvullende verzekering;
3. van hetgeen niet vergoed wordt onder een natura zorgverzekering (of een mixvariant met een naturadekking) indien de voor verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder maar verzekerde zich desalniettemin heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgverlener;
4. van kosten, die gemaakt zijn vòòr de ingangsdatum van deze aanvullende verzekering en van kosten gemaakt ná de datum van beëindiging van deze aanvullende verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van de aanvullende verzekering is opgekomen;
5. bij onjuiste of onvolledige verstrekking van informatie, met het doel de verzekeraar te misleiden teneinde een prestatie te verkrijgen waarop geen recht bestaat, vervalt het recht op uitkering terzake volledig.

lid 3 Indien de schade is veroorzaakt door terrorisme geldt dat de uitkeringsplicht van de (zorg)verzekeraar is beperkt. Van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding door een Nederlands ingezetene verzekerde, tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico. De uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten die direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van terrorismerisico zijn in herverzekering ondergebracht bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hierna genoemde aanspraken tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dat bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen.

Onder terrorismerisico wordt verstaan:

- gewelddadige handelingen en/of gedragingen waarbij aannemelijk is dat een en ander is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken;
- kwaadwillige besmetting;
- preventieve maatregelen;
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme en kwaadwillige besmetting.

lid 4 In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet 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 in lid 3 vermelde prestaties recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van genoemd besluit te bepalen omvang.

### **Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ**

De verzekeringnemer treedt met het sluiten van een (aanvullende) (zorg)verzekering met de (zorg)verzekeraar toe als lid van de Vereniging ONVZ. Indien men ten aanzien van meerdere (aanvullende) (zorg)verzekeringen verzekeringnemer is, kan men maar eenmaal toetreden als lid. Indien men voorafgaande aan het sluiten van een (aanvullende) (zorg)verzekering heeft verklaard niet te willen toetreden als lid van de Vereniging wordt men geen lid. Beëindiging van de betreffende (aanvullende) (zorg)verzekering(en) geldt als beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging.

