

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de dekking	
Acnebehandeling	3.1
Alternatieve geneeswijzen	3.2
Automatische Externe Defibrillator pads	3.3
Begeleiding en nazorg bij kanker	3.4
Brillen en contactlenzen	3.5
Buitenland	3.6
Camouflagetherapie	3.7
Cursussen	3.8
Dieetadvisering	3.9
Eczeembehandeling	3.10
Eerstelijns psychologische zorg	3.11
Epilatie	3.12
Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptie-middelen)	3.13
Fysiotherapie en oefentherapie	3.14
Orthodontie	3.15
Podotherapie/Podologie	3.16
Preventieve geneeskunde	3.17
Second opinion	3.18
Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten	3.19
Steunzolen	3.20
Stottertherapie	3.21
Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar	3.22
Wildcard	3.23
4 Uitsluitingen	
5 Diensten Managed Care	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en betalingsachterstand	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en onderbreking van de dekking	
11 Regres	
12 Fraude	
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
14 Herziening van premie of voorwaarden	
15 Duur van de verzekering	
16 Toepasselijk recht en klachten	
17 Bepalingen in verband met collectiviteit	
Clausule terrorismedekking	

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging.

1.2 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst en een erkenning heeft als apothekhouder.

1.3 Apotheker

Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.

1.4 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.5 Basisarts

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

1.6 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

1.7 Bekkenterapeut

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

1.8 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.9 DBC

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de NZa vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject voor GGZ de specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

1.10 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declareerbare prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslismomen.

1.11 Diëtist

Een persoon aan wie een getuigschrift is uitgereikt, waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding voor voeding en diëtetiek die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs. De diëtist is aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).

1.12 Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de

Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

1.13 EU- en EER-staat

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

1.14 Farmaceutische zorg

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

1.15 Fysiotherapeut

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

1.16 Gecontracteerde zorg

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

1.17 Geriatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister geriatrie fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

1.18 Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.19 Herstelbevorderend

Het doel van verpleging, onderzoek of behandeling moet gericht zijn op herstel.

1.20 Huisarts

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

1.21 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut".

1.22 Kaakchirurg

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

1.23 Kinder- en jeugdpsycholoog

Een psycholoog, die geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als kinder- en jeugdpsycholoog en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals gesteld door het NIP.

1.24 Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

1.25 Manueel therapeut

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

1.26 Marktconform tarief

Het marktconforme tarief is het tarief dat in de Nederlandse markt gebruikelijk is en in redelijke verhouding staat tot het tarief dat andere zorgverleners in rekening brengen.

1.27 Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de SGRC ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.28 Medisch-specialist

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

1.29 Meditel

Meditel B.V., Rietbaan 40-42, 2908 LP Capelle a/d IJssel. Telefoon (010) 284 66 77, fax (010) 284 66 78.

1.30 Mondhygiënist

Een mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523)

1.31 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

1.32 Oedeemtherapeut

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

1.33 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut

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" (Stb.1997.523).

1.34 Ongeval

Een plotseling en onverwacht, van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, waaruit rechtstreeks medisch vast te stellen letsel ontstaat.

1.35 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist noodzakelijk moet zijn.

1.36 Optometrist

Een in Nederland gevestigde optometrist die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

1.37 Orthodontist

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

1.38 Podoloog

Een in Nederland gevestigde podoloog die lid is van de Stichting LOOP.

1.39 Podotherapeut

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb. 1997.523).

1.40 Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.41 Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar en Mensendieck die staat ingeschreven in het register psychosomatische oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

1.42 Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

1.43 SOS International

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

1.44 Tandarts

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

1.45 Tandprotheticus

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

1.46 Tijdelijk verblijf

Verblijf in het buitenland gedurende maximaal 12 maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal 365 dagen gerekend vanaf de dag van opname.

1.47 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, niet zijnde lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: 'Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Japan, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije'.

1.48 Verloskundige

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

1.49 Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.50 Verzekerde

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

1.51 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.52 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.53 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

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

1.54 Ziekenhuis

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

Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

1.55 Zorgverzekeraar

Asr Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV.

1.56 Zorgverzekering

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

2 Prestatiewijze en dekking**2.1 Woonland**

Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd door een in Nederland gevestigde zorgverlener.

Voor verzekerden die wonen in Zeeuws Vlaanderen of op kortere afstand dan 10 kilometer van de Belgische of Duitse grens in de rest van Nederland geldt dat de kosten van zorg volledig voor vergoeding in aanmerking komen indien de zorg wordt genoten in België of Duitsland. Indien de afstand groter dan 10 kilometer is, is vooraf toestemming van verzekeraar vereist.

Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd door een in het woonland gevestigde zorgverlener.

Uitzondering hierop zijn ook de volgende vormen van zorg:

- artikel 3.5 Brillen of contactlenzen
- artikel 3.6 Buitenland
- artikel 3.11 Eerstelijns Psychologische zorg
- artikel 3.14 Fysiotherapie en oefentherapie
- artikel 3.15 Orthodontie
- artikel 3.18 Second opinion

Deze zorg mag ook genoten worden in een ander EU, EER of verdragsland. Vergoeding vindt plaats tot het maximale tarief zoals genoemd in artikel 2.3. De nadere voorwaarden van de desbetreffende artikelen blijven van kracht.

2.2 Aanvullend op zorgverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een zorgverzekering.

Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering

vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

2.3 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

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

2.4 Medische grondslag

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

2.5 Overname incasso zorgverlener

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

2.6 Wijziging van verzekering

Indien verzekerde voor het afsluiten van deze aanvullende verzekering aansluitend een andere aanvullende verzekering had afgesloten bij de zorgverzekeraar dan gelden de volgende bepalingen.

2.6.1 Maximale vergoedingen

De bij de vorige aanvullende verzekering gedane uitkeringen zijn ook bij de nieuwe aanvullende verzekering van toepassing voor het bepalen van de eventuele maximale vergoedingen zoals omschreven in de desbetreffende artikelen van de nieuwe aanvullende verzekering.

2.6.2 Vergoedingstermijnen

Voor het bepalen van de termijn waarbinnen recht bestaat op vergoeding zoals omschreven in de desbetreffende artikelen van de nieuwe aanvullende verzekering, zijn ook de reeds gedane uitkeringen van de vorige aanvullende verzekering van toepassing.

3 Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

3.1.1 Behandeling van acne.

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar, de daarvoor benodigde middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van ernstige vormen van acne in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.2 Alternatieve geneeswijzen

3.2.1 Onderzoek en behandeling door een alternatief genezer.

Vergoeding:

Tot € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

Toelichting:

Alternatieve geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking volgens artikel 3.13. Laboratoriumkosten die zijn aangevraagd door een alternatief genezer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.3 Automatische Externe Defibrillator pads

3.3.1 Automatische Externe Defibrillator pads

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Vergoeding wordt verleend voor de vervanging van de pads. De automatische externe defibrillator is gebruikt voor een verzekerde in een noodsituatie.

3.4 Begeleiding en nazorg bij kanker

3.4.1 Deelname aan het programma Herstel & Balans voor (ex-)kankerpatiënten.

Vergoeding:

Tot € 1000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door in Nederland gevestigde instellingen onder licentie van de Stichting Herstel & Balans. Op voorschrift van de behandelend medisch-specialist.

Toelichting:

Meer informatie vindt u op www.herstelenbalans.nl.

Care for Cancer wordt vergoed vanuit de zorgverzekering.

3.5 Brillen en contactlenzen

3.5.1 Bril, brillenglazen, montuur en contactlenzen.

Vergoeding:

Tot € 100,- per verzekerde per 24 maanden.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog. De bril, brillenglazen, montuur en contactlenzen dienen te worden geleverd door een opticien en/of optometrist.

Toelichting:

De periode van 24 maanden gaat in op de leverdatum van de bril, brillenglazen, montuur en contactlenzen die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Berekening van het aantal dioptrieën vindt plaats aan de hand van de sferische en cilindrische correctie waarbij een eventuele additionele correctie wordt meegerekend. Wanneer sprake is van een correctie in gelijke richting worden de waarden voor de sferische en cilindrische correctie opgeteld. Bij correctie in tegengestelde richting wordt uitgegaan van de hoogste van beide waarden.

3.6 Buitenland

3.6.1 Tijdens tijdelijk verblijf

3.6.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een zorgverzekering te boven gaan en de zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

- Volledig voor zorg in een EU, EER of verdragsland.
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de Zorgverzekeraar. Indien op grond van de zorgverzekering vergoeding wordt verleend, komt dit bedrag in mindering op het uit te keren bedrag volgens deze verzekering.

Toelichting:

Het Nederlandse tarief is het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.

Als er geen tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, geldt het in Nederland geldende marktconform bedrag als het Nederlandse tarief.

3.6.1.2 De zorgkosten die volgens deze aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden in het woonland.

Toelichting:

Het woonland is het land dat lid is van de EU of EER dan wel aangemerkt wordt als verdragsland.

3.6.2 Repatriëring

3.6.2.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring naar een instelling in het woonland. Dit beoordeelt de arts van SOS International. Deze treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Indien nodig dient de verzekerde medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is.

Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen.

3.6.3 SOS Hulpverlening

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening, een teletolk en een sms-dienst door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerhande vragen op medisch gebied en kan verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij verzekerde doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van de verblijfplaats van verzekerde.
Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51.

3.6.4 Spoedeisende tandheelkundige behandelingen buitenland.

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Alleen spoedeisende tandheelkundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland komt voor vergoeding in aanmerking. Onder spoedeisend wordt verstaan, een behandeling die niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

3.6.5 Betaalwijze

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

3.7 Camouflagetherapie

3.7.1 Camouflagelessen en de daarvoor benodigde middelen.

Vergoeding:

Tot € 250,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering.

Voorwaarden:

In geval van een ernstige huidafwijking in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.8 Cursussen

3.8.1 Cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Cursussen dienen te worden gegeven door een thuiszorgorganisatie of een patiëntenvereniging die is aangesloten bij een landelijk of regionaal patiënten en consumenten platform. De zorgverzekeraar dient bij declaratie in het bezit te worden gesteld van een bewijs van deelname. Een cursus is een reeks van lessen die gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid van verzekerde of die verzekerde leren om te gaan met zijn of haar ziekte.

3.9 Dieetadvisering

3.9.1 Dieetadvies door een diëtist.

Vergoeding:
Maximaal 4 behandeluren.

Toelichting:
Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist. De behandeling dient een geneeskundig doel te hebben.

3.10 Eczeembehandeling

3.10.1 Behandeling van ernstig eczeem door middel van een lichtcabine.

Vergoeding:
Tot € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Op voorschrift van de behandelend arts. De lichtcabine dient vooraf bij de afdeling Managed Care te worden aangevraagd.

3.11 Eerstelijns psychologische zorg

3.11.1 Eerstelijns psychologische zorg.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar, vanaf de 6^e behandeling, inclusief eigen bijdrage.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of kinder- en jeugdpsycholoog en/of orthopedagoog-generalist.

Toelichting:

Voor eerstelijns psychologische zorg zijn ook contracten

afgesloten met zorgverleners. Een overzicht hiervan is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op www.amersfoortse.nl.

Eerstelijns psychologische zorg betreft een kortdurende behandeling van de klachten.

De wettelijke eigen bijdrage vanuit de zorgverzekering komt vanaf de eerste behandeling voor vergoeding in aanmerking.

3.12 Epilatie

3.12.1 Epilatie van het gelaat en/of hals.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.13 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)

Tot maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder de punten 3.13.1 en 3.13.2 tezamen gemaakte kosten.

3.13.1 Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen.

Vergoeding:
50% tot bovengenoemd maximum.

Voorwaarden:

Alleen vergoeding voor geregistreerde geneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen volgens een zorgverzekering. Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch-specialist, verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer. Geleverd door apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Voor alternatieve geneesmiddelen geldt dat zij een aantekening 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in de G-Standaard van Z-index moeten hebben.

Niet-geneesmiddelen, dieetpreparaten, voeding en voedingssupplementen zoals omschreven in de G-Standaard komen niet voor vergoeding in aanmerking. Ook experimentele geneesmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Zie voor informatie over geregistreerde geneesmiddelen www.medicijnkosten.nl. Voor informatie over niet geregistreerde geneesmiddelen kan verzekerde contact opnemen met de afdeling claimbehandeling. Telefoonnummer: (033) 464 28 84.

3.13.2 Pessarium en koperhoudend spiraaltje.

Vergoeding:
50% tot bovengenoemd maximum.

3.14 Fysiotherapie en oefentherapie

Wanneer vergoeding wordt verleend op basis van artikel 3.14.1, dan wordt dit in mindering gebracht op de vergoeding volgens artikel 3.14.2 en vice versa.

3.14.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:
Volledig voor 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut. De behandelingen voor oedeemtherapie en littekentherapie gegeven door een huidtherapeut komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een indicatie zoals bedoeld in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering.

Toelichting:
Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering komen de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. Een lijst van gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op www.amersfoortse.nl. Bijlage 1 is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl.

3.14.2 Behandelingen door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:
Volledig voor 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar tot het gecontracteerde tarief.

Voorwaarden:
Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut. De behandelingen voor oedeemtherapie en littekentherapie gegeven door een huidtherapeut komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een indicatie zoals bedoeld in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering.

Toelichting:
Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering komen de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. Een lijst van gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op www.amersfoortse.nl. Bijlage 1 is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl.

3.14.3 Screening door een fysiotherapeut.

Vergoeding:
Volledig.

model 78F
E26 163 101

Voorwaarden:

De screening wordt uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, of geriatrisch fysiotherapeut.

3.15 Orthodontie

3.15.1 Orthodontische behandeling tot 22 jaar.

Vergoeding:
Tot € 1.000,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering.

Voorwaarden:

Indien en voor zover de behandeling op grond van een zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De kosten van de behandelingen gedurende de eerste 12 maanden na het afsluiten van deze aanvullende verzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking als verzekerde in het jaar voor het afsluiten van de verzekering niet aanvullend verzekerd was bij de Amersfoortse of verzekerd was op een aanvullende verzekering waarop orthodontie niet was meeverzekerd.

3.16 Podotherapie/Podologie

3.16.1 Podotherapeutische of podologische behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een podotherapeut of een podoloog.

3.17 Preventieve geneeskunde

3.17.1 Kosten van vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die nodig zijn voor een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding:
Tot € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Vergoeding wordt slechts verstrekt voor vaccinaties en geneesmiddelen die conform de adviezen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes nodig zijn.

Toelichting:

De vaccinaties kunnen worden gegeven door de GGD en Meditel. Reizigersvaccinaties kunnen ook gegeven worden door PreMeo Thuisvaccinatie. Meer informatie vindt u op www.LCR.nl, www.ggdreizigerszorg.nl.

3.18 Second opinion

3.18.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts voorgestelde behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

3.19 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten

3.19.1 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten.

Vergoeding:
- Volledig, eenmaal per 24 maanden voor een sportmedisch onderzoek.
- Volledig voor blessureconsulten.

Voorwaarden:
Het onderzoek of de consulten dienen te worden uitgevoerd in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of een Sport Medisch Instituut (SMI). Zowel SMA als SMI dienen lid te zijn van de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
Onder sportmedisch onderzoek kan ook een sportkeuring worden verstaan.

3.20 Steunzolen

3.20.1 Steunzolen of therapeutische zolen.

Vergoeding:
Volledig voor één paar steunzolen of één paar therapeutische zolen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Op voorschrift van behandelend arts, podotherapeut of podoloog.

3.21 Stottertherapie

3.21.1 Behandeling van stotteren door middel van stottertherapie.

Vergoeding:
Tot € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Er dient volgens de Del Ferro methode, de Hausdorfer methode of de BOMA methode stottertherapie te worden gegeven.
De kosten van verblijf komen voor eigen rekening.

3.22 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar

3.22.1 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar.

Vergoeding:
Volledig voor tandheelkundige hulp of eigen bijdragen op de tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 18 jaar die niet vergoed worden op een zorgverzekering.
Vergoeding van orthodontie vindt plaats op basis van artikel 3.15.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

3.23 Wildcard

3.23.1 Zorgkosten die niet (volledig) worden vergoed op de zorgverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering, na een ongeval.

Vergoeding:
Tot € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
De zorgkosten zijn het gevolg van een ongeval. Het ongeval is een verzekerde overkomen. De wildcard kan alleen worden gebruikt als verzekerde op het moment van het ongeval een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering bij De Amersfoortse heeft.

Deze vergoeding geldt alleen voor zorgkosten door professionele zorgverleners die geneeskundige zorg verlenen.

Er bestaat recht op inzet van de wildcard voor één ongeval per kalenderjaar. Indien bij een ongeval niet het gehele bedrag wordt gebruikt, kan het resterende bedrag niet worden aangesproken bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend vergoed. Brillen en lenzen worden ook niet vergoed.

Toelichting:
De zorg mag zowel in Nederland als in het buitenland zijn afgenomen.
Wilt u weten of uw zorgkosten kunnen worden vergoed door middel van de wildcard? Neem dan contact op met onze afdeling Claimbehandeling.
Telefoon: (033) 464 28 84.
Email: zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl

4 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

4.1 Na-u-clausule

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

4.2 Samenloop

zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
- een wettelijk geregelde verzekering;
- regeling van overheidswege;
- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

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

4.3 AWBZ

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

4.4 Eigen bijdrage AWBZ

eigen bijdragen krachtens de AWBZ en eigen bijdragen bij

bevolkingsonderzoeken;

4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.6 Preventieve geneeskunde

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.17 en 3.19.

4.7 Preventieve onderzoeken

behandelingen en onderzoeken die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;

4.8 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

4.9 Fitness

de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;

4.10 Dekking

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

4.11 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf, indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekersmaatschappij voor Terrorisemeschade) zie clausule terrorismedekking;

4.12 Atoomkernreacties

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

4.12.1 De uitsluiting onder artikel 4.12 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225);

4.12.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.12.1 geen toepassing.

5 Diensten Managed Care

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat zij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn kwalitatief goede zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in

een ZBC), het regelen van hulpmiddelen en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 28 81 en via managed.care@amersfoortse.nl.

6 Algemeen

6.1 Bedenktijd

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.
- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen. Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

6.2 Grondslag van de verzekering

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

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

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

6.3 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

6.4 Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de

verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

6.5 Machtiging

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

6.6 Kennisgeving

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

6.7 Materiële controle

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

6.8 DBC

Voor de vaststelling van de vergoeding wordt de DBC of het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

7 Premie

7.1 Premie verschuldigd

Krachtens deze zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

7.2 Leeftijdsbepaling

Deze polis kan worden gesloten vanaf de eerste van de maand volgend op het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Per 1 januari volgend op het bereiken van de leeftijd van 31 jaar wordt deze polis omgezet naar een andere polis. De zorgverzekeraar benadert 6 weken voor deze datum de verzekeringnemer hiervoor.

7.3 Premiewijziging

De premie wijzigt per de 1e van de maand na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

7.4 Premierestitutie

Behalve bij opzegging door de zorgverzekeraar wegens het opzettelijk misleiden van de zorgverzekeraar, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid vermindert.

8 Premiebetaling en betalingsachterstand

8.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

8.2 Betalingsachterstand

Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt de aanvullende verzekering, bij een premieachterstand van vier maanden beëindigd. Dit geldt ook voor eventuele meeverzekerde(n). Indien wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging. De verzekeringnemer dient de verschuldigde premie, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering aan te vragen, als de totale premieachterstand en de bijkomende kosten aan het incassobureau betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar, nadat alle premie en bijkomende kosten betaald zijn.

8.3 Onderbreking van de dekking bij detentie

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

9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

9.1 Schademeldingsplicht

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

9.2 Schade-informatieplicht

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

9.3 Medewerkingsplicht

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

9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de behandeldatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

9.5 Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden.

10 Declaraties en onderbreking van de dekking

10.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

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

10.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 10.1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

10.3 Vordering in het algemeen

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

10.4 Onderbreking van de dekking

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

aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen. Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens art. 8.2 heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

11 Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.
- In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

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

12 Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Uitsluitingen

"Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:

- er aangifte wordt gedaan bij de politie;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen financiële instellingen gangbare waarschuwingssysteem. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd. "

13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

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

geboorte, overlijden, e.d.

14 Herziening van premie of voorwaarden

14.1 Herziening

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

14.2 Verstrijken termijn beëindigen overeenkomst

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

15 Duur van de verzekering

15.1 Begin van de verzekering

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

15.2 Looptijd

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

15.3 Einde van de verzekering

15.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

15.3.1.1 Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 betalingsachterstand, te beëindigen;

15.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

15.3.2 Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice.

Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude aanvullende verzekering op. Indien de verzekeringnemer niet wenst dat de nieuwe verzekeraar namens de verzekeringnemer de oude verzekering beëindigt dient

verzekeringnemer dat aan te geven op het aanvraagformulier van de nieuwe verzekering.

15.3.2.1 Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

15.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14.1 van zorgverzekeraar op te zeggen.

De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

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

15.3.2.3 Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

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

15.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

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

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

16 Toepasselijk recht en klachten

16.1 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

16.2 Klachten

16.2.1 Intern klachtenbureau.

Indien een verzekeringnemer en/of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Cliëntenservice,

telefoonnummer (033) 464 25 55 of email:
 clientservice@amersfoortse.nl.

16.2.2 Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

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

16.2.3 De rechter.

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

17 Bepalingen in verband met collectiviteit

De volgende bepalingen gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

17.1 Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering. De uitdiensttreding dient voor de datum van beëindiging van het oude dienstverband te worden gemeld bij de zorgverzekeraar.

Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

17.2 Nieuwe collectieve verzekering

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beiden in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

17.3 Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het collectieve karakter van het contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

17.4 Meeverzekerde kinderen op een werkgeverscollectief

Op de eerste van de maand volgend op het bereiken van de 27-jarige leeftijd dient een kind dat is meeverzekerd op de collectieve verzekering van zijn ouder(s) zich zelfstandig te verzekeren. De zorgverzekeraar benadert zes weken voor deze datum de verzekeringnemer hiervoor.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

Belangrijke informatie:

De Amersfoortse Verzekeringen:
 www.amersfoortse.nl

Afdeling Acceptatie
 Telefoon: (033) 464 20 61.
 Email: ziektekostenacceptatie@amersfoortse.nl

Afdeling Claimbehandeling
 Telefoon: (033) 464 28 84.
 Email: zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl

Managed Care
 Telefoon: (033) 464 28 81.
 Email: managed.care@amersfoortse.nl