

Tandartsverzekering Basis, Standaard, Uitgebreid en Optimaal

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1	Begripsomschrijvingen
2	Omvang van de verzekering
Tand Basis	2.1
Tand Standaard	2.2
Tand Uitgebreid	2.3
Tand Optimaal	2.4
3	Uitsluitingen
4	Algemeen
5	Verplichtingen van de verzekeringnemer
6	Premie en eigen risico
7	Herziening van premie en voorwaarden
8	Duur en einde van de verzekering
9	Klachten

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 De verzekeraar

Deze verzekering wordt namens De Amersfoortse geadmistreerd en is voor rekening en risico van Fortis Ziektekostenverzekeringen NV.

1.2 Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buiten af en buiten diens wil, waardoor tandheelkundig letsel ontstaat.

1.3 Tandarts

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

1.4 Verzekerde

Ieder die als zodanig op de polis of op het polisaanhangsel is vermeld.

1.5 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.6 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

2 Omvang van de verzekering

Voor elke verzekerde wordt vergoeding verleend van de kosten verbonden aan tandheelkundige behandelingen, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is, en voor zover verzekerd en hierna omschreven. Met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald, worden ten hoogste vergoed de tarieven, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Indien voor bepaalde behandelingen geen geldige (CTG) tarieven zijn vastgesteld bestaat geen recht op vergoeding van de gedeclareerde kosten. Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe zij op grond van het bovenstaande gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgverlener teveel betaalde. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aan alle voorwaarden en gestelde eisen is voldaan.

Als bij de verzekeraar ook een ziektekostenverzekering is afgesloten, dan bestaat alleen recht op vergoeding van die kosten, die op de ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het

eigen risico vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd.

2.1 Tandheelkundige hulp als aanspraak bestaat op de Tand Basis

2.1.1 Tandheelkundige behandelingen

Vergoeding

- 75 % tot maximaal € 230,- per kalenderjaar voor de artikelen 2.1.1 tot en met 2.1.2 tezamen.
- Voor de techniekkosten en het honorarium van:
 - consultatie en diagnostiek;
 - röntgendiagnostiek;
 - preventie en mondhygiëne;
 - anesthesie;
 - restauraties door middel van plastische materialen;
 - pulpabehandeling (endodontie);
 - restauraties door middel van niet plastische materialen;
 - chirurgische ingrepen;
 - uitneembare prothetische voorzieningen.
- Per kalenderjaar worden voor meervlaksinlay's, kronen en brugdelen gezamenlijk ten hoogste vier elementen vergoed.

- Voor de kosten van uitneembare prothetische voorzieningen (exclusief reparatiekosten) wordt eenmaal per vijf kalenderjaren vergoeding verleend.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.1.2 Parodontologische behandelingen

Vergoeding

- 50 % tot maximaal € 230,- per kalenderjaar voor de artikelen 2.1.1 tot en met 2.1.2 tezamen.
- Voor de kosten van parodontologie.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.1.3 Ongeval

Vergoeding

- Volledig.
- Tot maximaal € 140,- per beschadigd element aan het natuurlijke gebit.
- Tot maximaal € 460,- aan de bestaande prothetische voorziening.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van een ongeval.
- Het ongeval heeft plaatsgevonden gedurende de looptijd van de verzekering en is binnen een maand gemeld.
- De kosten moeten binnen één jaar na het ongeval gemaakt zijn.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.
- Het betreft een aanvulling op de vergoeding zoals genoemd in de artikelen 2.1.1 en 2.1.2.

2.2 Tandheelkundige hulp als aanspraak bestaat op de Tand Standaard

2.2.1 Tandheelkundige behandelingen

Vergoeding

- 75 % tot maximaal € 460,- per kalenderjaar voor de artikelen 2.2.1 tot en met 2.2.2 tezamen.
- Voor de techniekkosten en het honorarium van:
 - consultatie en diagnostiek;
 - röntgendiagnostiek;
 - preventie en mondhygiëne;
 - anesthesie;
 - restauraties door middel van plastische materialen;
 - pulpabehandeling (endodontie);
 - restauraties door middel van niet plastische materialen;
 - chirurgische ingrepen;

- uitneembare prothetische voorzieningen.
- Per kalenderjaar worden voor meervlaksinlay's, kronen en brugdelen gezamenlijk ten hoogste vier elementen vergoed.
- Voor de kosten van uitneembare prothetische voorzieningen (exclusief reparatiekosten) wordt eenmaal per vijf kalenderjaren vergoeding verleend.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.2.2 Parodontologische behandelingen

Vergoeding

- 50 % tot maximaal € 460,- per kalenderjaar voor de artikelen 2.2.1 tot en met 2.2.2 tezamen.
- Voor de kosten van parodontologie.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.2.3 Ongeval

Vergoeding

- Volledig.
- Tot maximaal € 140,- per beschadigd element aan het natuurlijke gebit.
- Tot maximaal € 460,- aan de bestaande prothetische voorziening.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van een ongeval.
- Het ongeval heeft plaatsgevonden gedurende de looptijd van de verzekering en is binnen een maand gemeld.
- De kosten moeten binnen één jaar na het ongeval gemaakt zijn.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.
- Het betreft een aanvulling op de vergoeding zoals genoemd in de artikelen 2.2.1 en 2.2.2.

2.3 Tandheelkundige hulp als aanspraak bestaat op de Tand Uitgebreed

2.3.1 Tandheelkundige behandelingen

Vergoeding

- 75 % tot maximaal € 920,- per kalenderjaar voor de artikelen 2.3.1 tot en met 2.3.2 tezamen.
- Voor de techniekkosten en het honorarium van:
 - consultatie en diagnostiek;
 - röntgendiagnostiek;
 - preventie en mondhygiëne;
 - anesthesie;
 - restauraties door middel van plastische materialen;
 - pulpabehandeling (endodontie);
 - restauraties door middel van niet plastische materialen;
 - chirurgische ingrepen;
 - uitneembare prothetische voorzieningen.
- Per kalenderjaar worden voor meervlaksinlay's, kronen en brugdelen gezamenlijk ten hoogste vier elementen vergoed.
- Voor de kosten van uitneembare prothetische voorzieningen (exclusief reparatiekosten) wordt eenmaal per vijf kalenderjaren vergoeding verleend.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.3.2 Parodontologische behandelingen

Vergoeding

- 50 % tot maximaal € 920,- per kalenderjaar voor de artikelen 2.3.1 tot en met 2.3.2 tezamen.
- Voor de kosten van parodontologie.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.3.3 Ongeval

Vergoeding

- Volledig

- Tot maximaal € 140,- per beschadigd element aan het natuurlijke gebit.
- Tot maximaal € 460,- aan de bestaande prothetische voorziening.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van een ongeval.
- Het ongeval heeft plaatsgevonden gedurende de looptijd van de verzekering en is binnen een maand gemeld.
- De kosten moeten binnen één jaar na het ongeval gemaakt zijn.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.
- Het betreft een aanvulling op de vergoeding zoals genoemd in de artikelen 2.3.1 en 2.3.2.

2.4 Tandheelkundige hulp als aanspraak bestaat op de Tand Optimaal

2.4.1 Tandheelkundige behandelingen

Vergoeding

- 75 % van de kosten.
- Voor de techniekkosten en het honorarium van:
 - consultatie en diagnostiek;
 - röntgendiagnostiek;
 - preventie en mondhygiëne;
 - anesthesie;
 - restauraties door middel van plastische materialen;
 - pulpabehandeling (endodontie);
 - restauraties door middel van niet plastische materialen;
 - chirurgische ingrepen;
 - uitneembare prothetische voorzieningen.
- Per kalenderjaar worden voor meervlaksinlay's, kronen en brugdelen gezamenlijk ten hoogste vier elementen vergoed.
- Voor de kosten van uitneembare prothetische voorzieningen (exclusief reparatiekosten) wordt eenmaal per vijf kalenderjaren vergoeding verleend.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.4.2 Parodontologische behandelingen

Vergoeding

- 50 % van de kosten.
- Voor de kosten van parodontologie.

Voorwaarden

- Uitgevoerd door een tandarts.

2.4.3 Ongeval

Vergoeding

- Volledig
- Tot maximaal € 140,- per beschadigd element aan het natuurlijke gebit.
- Tot maximaal € 460,- aan de bestaande prothetische voorziening.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van een ongeval.
- Het ongeval heeft plaatsgevonden gedurende de looptijd van de verzekering en is binnen een maand gemeld.
- De kosten moeten binnen één jaar na het ongeval gemaakt zijn.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.
- Het betreft een aanvulling op de vergoeding zoals genoemd in de artikelen 2.4.1 en 2.4.2.

3 Uitsluitingen

In de volgende gevallen bestaat er geen recht op vergoeding van de kosten:

3.1 Tandtechnici

Voor door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen.

3.2 Tandheekkundige instituten (tandtechnische inrichtingen)

Voor verrichtingen en leveringen door tandheekkundige instituten (tandtechnische inrichtingen), alsmede verrichtingen en leveringen door artsen, tandartsen of tandheekkundigen, die hun diensten verrichten in relatie met of voor genoemde instituten en inrichtingen.

3.3 Verzuim afspraken en behandelingsadviezen

Voor verzuimde afspraken en de kosten van behandelingsadviezen.

3.4 Samenloop

Indien en voor 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;
- een andere overeenkomst;
- enigerlei subsidieregeling;

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.

3.5 Na-u-clausule

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

3.6 Molest en atoomkernreacties

3.6.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;

3.6.2 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of verbandhoudend met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medisch behandeling.

3.7 Tandheekkundige implantaten

Voor tandheekkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak.

3.8 Keuringen

Voor de kosten van keuringen.

4. Algemeen

4.1 Grondslag van de verzekering

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met het/de door de tandarts ingevulde en ondertekende keuringsrapport(en) de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

4.2 Begin en einde van de vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is, onverminderd het bepaalde in artikel 2.1.3, 2.2.3, 2.3.3 en 2.4.3. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

4.3 Verzekeringsgebied

De verzekering is uitsluitend van kracht binnen Nederland. Voor de in het buitenland gemaakte kosten van tandheekkundige behandelingen, als gevolg van acute klachten tijdens vakantie en/of zakenreizen ontstaan, zal vergoeding plaatsvinden overeenkomstig de in de 'omvang van de verzekering' genoemde maxima, indien en voor zover deze behandelingen tandheekkundig gezien niet uitgesteld konden worden.

4.4 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar.

4.5 Kennisgeving

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

4.6 Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van de verzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of een verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat de verzekeraar:

- a. aangifte doet bij de politie
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c. registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d. uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvordert.

5 Verplichtingen van verzekerde

De verzekeringnemer heeft onderstaande verplichtingen. Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van deze verplichtingen, behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Bij het niet nakomen van deze verplichtingen kan geen aanspraak op restitutie van premie worden gemaakt, voor zover dit van toepassing zou zijn.

5.1 Specificatieformulier

De nota's voor tandheekkundige hulp dienen tezamen met het door de tandarts ingevulde specificatieformulier te worden ingediend volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisaties van tandartsen en verzekeraars.

5.2 Medewerking verlenen

De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat desgevraagd aan de verzekeraar, haar tandheekkundig adviseur of hen die met controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen.

5.3 Medewerking aan een gebitsonderzoek

De verzekerde is verplicht desgevraagd medewerking te verlenen aan een gebitsonderzoek voor rekening van de

verzekeraar door een door de verzekeraar aangewezen tandarts.

5.4 Flapoperatie

Voor een flapoperatie dient u van tevoren een machtiging te hebben verkregen van de verzekeraar.

5.5 Vrije keuze

Bij verandering van tandarts dient de nieuw gekozen tandarts een tandheelkundige verklaring in te vullen, welke voorafgaand aan de eerste behandeling door de verzekerde dient te worden opgezonden ter beoordeling door de verzekeraar.

5.6 Indientermijn en specificatie van de nota's

De verzekeringnemer is verplicht de originele nota's binnen 6 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. Deze nota's dienen op zodanige wijze te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoedingen de verzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

5.7 Declaraties en vorderingen

5.7.1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De verzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de verzekeraar 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.

5.7.2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de verzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een open-staand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling.

Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoedingen, voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de verzekeraar.

5.7.3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 genoemde bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de uitkeringsbrief heeft ontvangen. Verzekeringnemer dient deze bedragen te voldoen binnen de in de uitkeringsbrief genoemde termijn. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de verzekeraar of de zorgverlener te vorderen vergoeding.

5.7.4 Wanbetaling

Na de uitkeringsbrief 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 verzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de verzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd.

Gedurende de schorsing is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

6 Premie en eigen risico

6.1.1 Premiebetaling in het algemeen

De verzekeringnemer dient de premie, alsmede de kosten

en de bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen vooruit te betalen, uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd worden. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

6.1.2 Wanbetaling

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 verzekeraar is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de verzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

6.1.3 Restitutie van betaalde premie

Behalve bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse beëindiging over de nog niet verstreken termijn premierestitutie verleend.

6.2 Premieheffingen

Naast de premie worden eveneens in rekening gebracht de fiscale heffingen die verzekerden, die buiten Nederland wonen, lokaal verschuldigd zijn en die moeten worden afgedragen door de verzekeraar.

6.3 Eigen risico

6.3.1 Van de verzekerde kosten is het eventueel van toepassing zijnde vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde, zoals op het polisblad vermeld, per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer.

6.3.2 Bij aanvang van de verzekering in de loop van het kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico pro-rata vastgesteld. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, wordt het eigen risico voor die periode verminderd met 1/4 voor ieder voor de ingangsdatum reeds verstreken kwartaal van dat kalenderjaar. Bij schorsing, wijziging of beëindiging van de verzekering zal geen restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.

7 Herziening van premie en voorwaarden

7.1 Herziening en bloc

De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. Indien deze verzekering op grond hiervan wordt aangepast dan heeft verzekeringnemer het recht niet akkoord te gaan met de wijziging mits deze wijziging een verhoging van de premie en/of een vermindering van de dekking inhoudt. De verzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.

7.2 Opzegmogelijkheden

7.2.1 De verzekeringnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in 7.1 genoemde datum beëindigen, mits hij/ zij dit binnen 30 dagen daarna schriftelijk aan de verzekeraar meedeelt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.

7.2.2 Heeft de verzekeraar binnen 30 dagen na de in het artikel 7.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt verzekeringnemer geacht akkoord te zijn gegaan met de wijzigingen en wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

8 Duur en einde van de verzekering

8.1 Looptijd en opzegging

De verzekering is aangegaan voor het lopende kalenderjaar en de drie daarop volgende kalenderjaren en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste twee maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd.

8.2 Beëindiging door de verzekeraar

Nadrukkelijk wordt bepaald dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in de gevallen als bedoeld in artikel 4.1. Tevens geval van wanbetaling als bedoeld in artikel 5.7.4. en 6.1.2. en bij aangetoonde fraude.

8.3 Vestiging buiten Nederland

De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze zich buiten Nederland vestigt, tenzij anders is overeengekomen.

9 Klachten

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Degene die recht heeft op een beslissing van de verzekeraar op grond van deze verzekering kan, indien hij klachten heeft naar aanleiding van deze verzekering, zich wenden tot:

- de afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar, telefoon (033) 464 25 55 of email: clientenservice@amersfoortse.nl
- Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, telefoon (030) 698 83 60.

Verblijfsvergunning

De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen als verzekerde niet langer in het bezit is van een geldige (tijdelijke) verblijfsvergunning.