

Individuele Aanvullende Zorgverzekering

Polisvoorwaarden

Algemene polisvoorwaarden 471.03

Bladzijde

• 1 Begripsomschrijvingen	1
• 2 Dekking	2
• 3 Algemeen	4
• 4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	6
• 5 Premie	6
• 6 Duur en einde van de verzekering	7
• 7 Wijzigingen	8
• 8 Herziening van premie en/of voorwaarden	9
• 9 Vrijwaring van aansprakelijkheid	9

Bijzondere polisvoorwaarden

30.03 ANPZ	10
35.03 Budget	11

Inhoudsopgave

Onderwerp	Artikel
Begripsomschrijvingen	1
Dekking	2
Omvang van de dekking	2.1
Opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis	2.1.1
Buitenlanddekking	2.1.2
Vrije keuze / opname in hogere klasse	2.2
Uitsluitingen	2.3
Algemeen	3
Verplichtingen van de verzekeringnemer / verzekerde	4
Premie	5
Duur en einde van de verzekering	6
Wijzigingen	7
Herziening van premie en/of voorwaarden	8
Vrijwaring van aansprakelijkheid	9

182-10.0201€ 2

1 **BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN**

1.1 **Algemeen**

1.1.1 **De verzekeraar**

De verzekeringsinstelling waarmee de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

1.1.2 **Verzekerde**

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

1.1.3 **Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.2 **Buitenland**

1.2.1 **Algemeen ziekenhuis in het buitenland**

Een in het buitenland gelegen inrichting voor volledige verpleging en volledige medisch-specialistische – met name ook operatieve – behandeling van patiënten, niet zijnde een verpleeghuis, rust-, kuur- of herstellingsoord. Als zodanig worden evenmin beschouwd die gedeelten van dergelijke inrichtingen die als sanatorium of als psychiatrische afdeling worden gebruikt.

1.2.2 **Zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie in het buitenland**

Een ter plaatse bevoegde zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, die volgens de aldaar geldende normen als zodanig wordt aangemerkt.

1.3 **Bijkomende kosten**

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in rekening mogen worden gebracht.

1.4 **Medisch adviseur**

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

1.5 **Medisch-specialist**

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

1.6 **Medisch-specialistische behandeling**

Zorg of onderzoek, volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

1.7 **Medische noodzaak**

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

1.8 **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 of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.9 **Ziekenhuis**

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

1.10 **Ziektegeval**

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of ziekte-oorzaken dan wel hetzelfde ongeval.

1.11 **Zorgverlener**

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die medische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt mede verstaan een leverancier van hulpmiddelen.

2 **DEKKING**

2.1 **Omvang van de dekking**

2.1.1 **Opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de verpleegkosten op basis van de verzekerde klasse;
- onder aftrek van de kosten die zouden zijn gemaakt bij verpleging in klasse 3;
- indien en voor zolang ingevolge de Ziekenfondswet of de Standaard(pakket) polis de kosten van verpleging in klasse 3 van het ziekenhuis vergoed worden;

2.1.2 **Buitenlanddekking**

2.1.2.1 **Medisch noodzakelijke zorg in een lidstaat van de Europese Unie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- indien en voor zolang ingevolge de Ziekenfondswet of de Standaard(pakket) polis vergoeding wordt verleend voor de kosten van verpleging in de laagste klasse van het ziekenhuis.

De vergoeding bedraagt ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven (die van het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam worden aangehouden als referentie), onder aftrek van de kosten die zouden zijn gemaakt bij verpleging in klasse 3.

2.1.2.2 **Acute medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- indien en voor zolang ingevolge de Ziekenfondswet of de Standaard(pakket) polis de kosten van verpleging in de laagste klasse van het ziekenhuis vergoed worden.

De vergoeding bedraagt ten hoogste 200% van de in Nederland geldende tarieven (die van het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam worden aangehouden als referentie), onder aftrek van de kosten die zouden zijn gemaakt bij verpleging in klasse 3 op voorwaarde dat de opname binnen 48 uur aan de verzekeraar is gemeld.

Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de ANWB-Alarmcentrale die hiervoor 24 uur per dag beschikbaar is. Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

- 2.1.2.3 De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in Nederland, met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering, in euro's, tenzij sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

2.2 **Vrije keuze/Opname in een hogere klasse**

2.2.1 **Vrije keuze**

De verzekerde is vrij in de keuze van de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie.

2.2.2 **Opname in een hogere klasse**

Bij opname in een hogere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse. Wordt een klasse 2B-verzekerde opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vindt volledige vergoeding plaats volgens de tarieven van die enkele tweede klasse.

2.3 **Uitsluitingen**

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

- 2.3.1 voor ziekten en afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (verhoging van de verpleegklasse), indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond.
- Het bovenstaande is niet van toepassing:
- indien de verzekeringnemer de verzekeraar van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de verzekeraar daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering of de uitbreiding van de dekking geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;
 - bij een uitbreiding van de dekking zoals bedoeld in artikel 8.1.

- 2.3.2 indien en voor zover een verzekerde aanspraak heeft of zou hebben gehad in geval deze verzekering niet zou hebben bestaan, of vergoeding uit hoofde van een andere verzekering of voorziening dan wel op grond van een wettelijke regeling.
- 2.3.3 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze reacties zijn ontstaan.
- a. Deze uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt of zijn bestemd om te worden gebruikt voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
- b. Het onder a. vermelde is niet van toepassing wanneer krachtens de Nederlandse of een buitenlandse wet een derde aansprakelijk is voor de geleden schade.
- 2.3.4 voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponeerd.
- 2.3.5 voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
- 2.3.6 voor de verschuldigde eigen bijdragen krachtens de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

3 **ALGEMEEN**

3.1 **Grondslag van de verzekering**

3.1.1 **Aanvraag**

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.

3.1.2 **Verzwijging**

De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.

3.2 **Begin en einde van het recht op vergoeding**

De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is. Een en ander met inachtneming van artikel 5.2.

3.3 **Strekking van de verzekering**

Vergoeding wordt verleend van kosten verbonden aan medische behandeling:

- voor elke op het polisblad genoemde verzekerde;
- voor zover de kosten zijn verzekerd volgens artikel 2 en zijn omschreven in artikel 1;
- mits en zolang de behandeling medisch noodzakelijk is en deze medische noodzaak kan worden aangetoond;
- tot ten hoogste de rechtsgeldige tarieven of tot het tarief dat door of namens de verzekeraar is overeengekomen met de zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie.

Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan hij krachtens één van de polisvoorwaarden is verplicht, wordt de verzekerde geacht aan de verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door of namens verzekerde teveel betaalde.

3.4 **Registratie van persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze 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 privacy-reglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar.

3.5 **Verrekening**

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

3.6 **Fraude**

Ieder recht op uitkering vervalt indien een verzekerde ter verkrijging van vergoeding van verzekerde kosten een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan. In een dergelijk geval heeft de verzekeraar het recht de verzekering met een opzegtermijn van 30 dagen te beëindigen.

4 VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER/VERZEKERDE

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- 4.1 de behandelend huisarts of medisch-specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken.
- 4.2 desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen, die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 4.3 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekeringnemer dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum en de datum van leverantie, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 4.4 computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen.
- 4.5 alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.
- 4.6 de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen, behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

5 PREMIE

5.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie – waaronder eventuele bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen – en de kosten, hierna te noemen de premie, vooruit te betalen.

5.2 Niet-betaling

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, gelden de volgende bepalingen:

- de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling, dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervalddag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;

- indien de 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 weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering, door de verzekeraar is ontvangen.

Voor de kosten van behandeling waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.3 **Premierestitutie**

Bij beëindiging van de verzekering voor één of meer personen zal restitutie plaatsvinden:

- in geval van overlijden, en wel per de dag na overlijden;
- in geval van beëindiging als bedoeld in artikel 8.2.

6 **DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING**

6.1 **Algemeen**

6.1.1 **Termijn**

De verzekering is aangegaan:

- in eerste termijn tot de op het polisblad vermelde datum;
- vervolgens voor een termijn zoals op het (laatste) polisblad vermeld.

6.1.2 **Voortzetting**

De verzekering wordt stilzwijgend verlengd na afloop van een termijn, tenzij de verzekeringnemer tenminste 3 maanden voor het verstrijken van de termijn de verzekering per aangetekend schrijven aan de verzekeraar heeft opgezegd.

6.2 **Beëindiging**

De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen ingeval van:

- toepasselijk zijn van artikel 3.1.2 (verzwijging) of artikel 3.6 (fraude) op een door hem te bepalen tijdstip;
- schorsing als bedoeld in artikel 5.2.

6.3 **Nederlands ingezetene**

De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

6.4 **Ziekenfondsverzekering**

De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet langer verzekerd kan blijven bij een algemeen ziekenfonds.

Indien de verzekerde binnen een maand na de datum waarop de verzekering bij het ziekenfonds is beëindigd, te kennen geeft de aanvullende verzekering te willen vervangen door een volledige verzekering op basis van de tot dat moment verzekerde klasse, vindt omzetting plaats met ingang van de datum van beëindiging van de dekking bij het ziekenfonds, zonder medische selectie, tegen de premies en voorwaarden die op dat moment gelden.

6.5 **Standaard(pakket)polis**

De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet langer verzekerd is op een Standaard(pakket)polis.

7 **WIJZIGINGEN**

7.1 **Melding**

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen.

Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- verhuizing;
- huwelijk;
- samenwoning/samenleving;
- overlijden;
- wijziging van bank- of postbanknummer;
- beëindiging van de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet; hierbij dient het bewijs van uitschrijving (of een kopie daarvan) ter inzage aan de maatschappij te worden gezonden.

Indien door het nalaten van het hierboven bepaalde de belangen van de verzekeraar worden geschaad, vervalt een eventueel recht op restitutie van premie en behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

7.2 **Adres**

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer, gericht aan haar/zijn bij verzekeraar laatstbekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

7.3 **Verzekerde klasse**

Wijziging van de verzekerde klasse kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verhoging van de verzekerde klasse dient vergezeld te gaan van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.

8 HERZIENING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

8.1 Herziening

- De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden, de premies en eigen risico's 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. De verzekeraar doet van een herziening mededeling.
- De herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde.

8.2 Recht van opzegging

- De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening niet akkoord te gaan.
- Indien de verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de onder 8.1 genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet verstreken periode waarover de premie is betaald.

Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
- bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door een verzekerde.

8.3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar voor de 31e dag na de onder 8.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

9 VRIJWARING VAN AANSPRAKELIJKHEID

De verzekeraar is jegens de verzekeringnemer niet aansprakelijk voor schade door haar/hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de verzekeraar, tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om haar/zijn aanspraak op een vergoeding in het kader van de Algemene Voorwaarden geldend te maken.

BIJZONDERE POLISVOORWAARDEN

ANPZ – 30.03 –

Is bij verhuizing van verzekerde, in de nieuwe woonplaats een hogere dan wel lagere premie verschuldigd volgens het tarief van de maatschappij, dan zal de premie dienovereenkomstig per de eerstvolgende premieervaldag na de verhuizing worden gewijzigd.

BIJZONDERE POLISVOORWAARDEN

Budget – 35.03 –

De leeftijd van de verzekerde op 1 januari van een jaar is bepalend voor de premie van dat jaar.

De herziening van de premie, zoals omschreven in artikel 8.1 van de Algemene polisvoorwaarden, geschiedt ongeacht de wijziging op grond van de leeftijd van de verzekerde.

De herziening van de premie op grond van de leeftijd van de verzekerde geeft de verzekeringnemer niet het recht de verzekering te beëindigen.