

AnderZorg Flexzorg Polis Uitgebreid

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Begripsomschrijvingen.....	1
Grondslag van de verzekering.....	2
Bijzondere aanspraken.....	3
Omvang van de dekking.....	4
Risicowijziging.....	5
Keuzevrijheid.....	6
Toezeggingen.....	7
Persoonsgegevens.....	8
Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen.....	9
Uitsluitingen.....	10
Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse.....	11
Verplichtingen bij opname of behandeling.....	12
Aansprakelijkheid van derden.....	13
Indienen en vergoeding van nota's.....	14
Eigen risico/maxima per kalenderjaar.....	15
Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie.....	16
Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen.....	17
Ingang, duur en einde van de verzekering.....	18
Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico.....	19
Collectief verzekeren.....	20
Niet voorziene gevallen.....	21
Geschillen, klachten en rechtskeuze.....	22
Slotbepaling.....	23
Clausuleblad Terrorismedekking.....	24

Omvang van de dekking

Ziekenhuisopname.....	1
Zorgcoördinator.....	2
Dagverpleging in een ziekenhuis.....	3
Zelfstandig Behandel Centrum (privé-kliniek).....	4
Plastische chirurgie (vormverbeterende operatie).....	5
Dag- en nachtbehandeling.....	6
Niet-klinische (poliklinische) medisch-specialistische behandeling.....	7
Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).....	8
Nierdialyse.....	9
Orgaantransplantaties.....	10
Chronisch intermitterende beademing.....	11
Trombosedienst.....	12
Revalidatie.....	13
Farmaceutische zorg/dieetpreparaten/verbandmiddelen.....	14
Ziekenvervoer.....	15
Hulpmiddelen.....	16
Overige hulpmiddelen.....	17
Hulp door een audiologisch centrum.....	18
Erfelijkheidsonderzoek.....	19

Tandheelkundige zorg.....	20
Kaakchirurgie/orthodontie/tandheelkundige implantaten	21
Huisartsenhulp.....	22
Fysiotherapie/manuele therapie/kinderfysiotherapie.....	23
Logopedie/stottertherapie (paramedische hulp)	24
Overige paramedische hulp.....	25
Overige therapeutische hulp (huidtherapie).....	26
Second opinion.....	27
Abortus/Sterilisatie	28
 Artikel 29 tot en met Artikel 35 zijn niet van toepassing op deze verzekeringsvoorwaarden	
Zorgaanspraken AWBZ	36
Buitenland	37
Internationale hulpverlening.....	38
Klasseverzekering.....	39

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1. Apotheeker:** Een in Nederland gevestigde apotheker wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.2. Arts:** Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.3. Audiologische hulp:** Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
- 1.4. AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 1.5. Behandelingsjaar:** Periode van 365 dagen, ingaande op de datum van de eerste behandeling.
- 1.6. Bedrijfsarts:** Een in Nederland gevestigde arts, die deskundig is op het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en is ingeschreven in het register van sociaal-geneeskundigen tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde of is geregistreerd als sociaal-geneeskundige in de hoofdstroom arbeid en gezondheid met als deskundigheidsprofiel bedrijfsarts.
- 1.7. Bijkomende kosten:** De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht; de neventarieven die door een privé-kliniek of zelfstandig behandelcentrum op grond van een CTG-tariefsbeschikking rechtsgeldig bij de Maatschappij in rekening mogen worden gebracht.
- 1.8. Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:** Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- 1.9. Centrum voor bijzondere tandheekkundige hulp:** Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheekkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- 1.10. Chiropractor:** Een in Nederland gevestigde chiropractor, die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of die staat geregistreerd bij de Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.
- 1.11. Dagverpleging:** Kortere dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.
- 1.12. Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** Een DBC betreft de totale medische behandeling (indien nodig inclusief opname in een ziekenhuis) voor een bepaalde indicatie of aandoening die als DBC als zodanig is vastgesteld. Na afloop van de behandeling - uiterlijk een jaar na aanvang - wordt de DBC in één keer in rekening gebracht.

1.13. Dekking: De in de Omvang van de Dekking genoemde en verzekerde vergoedingen en versprekkingen.

1.14. Duurzaam samenlevende persoon: Persoon die tenminste gedurende één jaar aantoonbaar samenwoont met verzekerde en daarmee een gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de Maatschappij.

1.15. Eigen bijdrage: De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.

1.16. Ergotherapeut: Een in Nederland gevestigd ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.17. Familielid in de eerste of tweede graad: Als familieleden in de eerste en tweede graad worden uitsluitend begrepen: echtgenoot, echtgenote, (schoon)ouders, (schoon)zoons, (schoon)dochters, broers, zwagers, (schoon)zusters, grootouders en kleinkinderen.

1.18. Farmaceutische zorg: De volgende geneesmiddelen (farmaceutische zorg) zijn bij ministeriële Regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie; polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen (niet zijnde zelfzorgmiddelen) in geval van ernstige aandoeningen waarbij een langdurige behandeling met deze middelen is aangewezen.

Het geneesmiddel dient te worden toegepast voor de indicatie waarvoor de registratie is afgegeven. Geneesmiddelen verstrekt meer dan een half jaar na het laatste bezoek aan de huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige worden niet meer beschouwd als geneesmiddelen voorgeschreven door een van de hiervoor genoemde zorgaanbieders.

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

1.20. Geregistreerde partner: Persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand.

1.21. Gezin: Tot het gezin behoren:

- twee gehuwden;
- geregistreerde partners;
- duurzaam samenlevende personen;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- een alleenstaande met één of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

1.22. GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

1.23. Hoofdverzekering: De door de Maatschappij gevoerde particuliere ziektekostenverzekering, de op basis van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) gevoerde verzekering, of de ziekenfondsverzekering afgesloten bij het ziekenfonds van de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten.

1.24. Huisarts: Een in Nederland gevestigde arts die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent en is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp, zowel ten huize van verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.25. Hulp in natura: Aanspraken waarbij door of namens de Maatschappij een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

1.26. Hulpmiddelen: De hulpmiddelen die limitatief in de Bepaling hulpmiddelen van de Maatschappij zijn opgenomen, dan wel in de Regeling hulpmiddelen van het ziekenfonds van AnderZorg.

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

1.28. Kinderfysiotherapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.29. Laboratoriumonderzoek: Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.30. Logopedist: Een in Nederland gevestigde logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.31. Maatschappij: Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.

1.32. Machtiging: Schriftelijke toestemming van de Maatschappij op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op verstrekkingen en/of vergoedingen conform het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden. Aan een machtiging kunnen door de Maatschappij nadere voorwaarden worden verbonden.

1.33. Manueel therapeut: Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.34. Medisch adviseur: De door de Maatschappij aangewezen arts die de Maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

1.35. Medische noodzaak: De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de Nederlandse kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

1.36. Oefentherapeut Cesar/Oefentherapeut Mensendieck: Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.37. 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 onafbroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

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

1.39. Podotherapeut: Een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.40. Reddingskosten: De kosten van na ongeval of vermissing door of namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde. Hieronder worden ook verstaan de kosten van o.a. helikoptervervoer, de zogenaamde ‘glijbanaan’ en andere bijzondere vervoermiddelen, welke worden ingezet indien vervoer per ambulance niet mogelijk is.

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

1.42. Specialist: Een in Nederland gevestigde arts die voor het door hem uitgeoefend specialisme staat ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Als specialist dient eveneens te worden aangemerkt een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.43. Specialistische hulp: Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.44. Spoedeisende medische hulp in het buitenland: Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

1.45. Tandarts: Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

1.46. Verloskundige: Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.47. Verzekerde: Degene die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het Bewijs van Inschrijving is vermeld. Met de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen omschrijving 'per verzekerde per kalenderjaar' wordt bedoeld per behandelde verzekerde per kalenderjaar.

1.48. Verzekering: De door verzekeringnemer (mede ten behoeve van verzekerde(n)) met de Maatschappij afgesloten overeenkomst van verzekering met als onderwerp een hoofdverzekering en/of een of meerdere aanvullende verzekeringen.

1.49. Verzekeringnemer: Degene die de verzekering met de Maatschappij is aangegaan.

1.50. Verzekeringsduur: De termijn waarbinnen de verzekering tussen de Maatschappij en verzekerde ononderbroken van kracht is.

1.51. Wachttermijn: Een krachtens de verzekeringsvoorwaarden geldende of anderszins overeengekomen termijn, die een aanvang neemt bij het ingaan van de verzekering en binnen welke termijn geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt.

1.52. Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.53. Zelfstandig behandelcentrum: Een in Nederland gelegen centrum voor specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.54. Ziekenfonds: Een rechtspersoon overeenkomstig artikel 34 van de Ziekenfondswet.

1.55. Ziekenhuis: Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

1.56. Zorgmakelaar: De Zorgmakelaar van de Maatschappij.

1.57. Zorgverzekeraars Nederland (ZN): Overkoepelende vereniging van particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen in Nederland.

Bijzondere bepaling:

Premierestitutie zeevarenden

1. De zeevarende ontvangt over het totaal aantal gevaren zeedagen (periode van aanmonstering) een premierestitutie, indien hiertoe een schriftelijk verzoek wordt ingediend bij de Maatschappij. Dit verzoek dient vergezeld te gaan van een kopie van de gageafrekening en/of monsterboekje. Uit de kopie dient duidelijk te blijken gedurende welk tijdvak de zeevarende werkelijk aangemonsterd is (geweest).
2. Het verzoek om premierestitutie dient uiterlijk 3 maanden na afloop van een kalenderjaar te zijn ingediend. Ook bestaat de mogelijkheid éénmalig tussentijds na een half jaar een verzoek in te dienen.
3. De premierestitutie wordt vastgesteld door het aantal zeedagen in een kalenderjaar te delen door 30. De uitkomst geeft het aantal maanden weer, waarover een premierestitutie op 75%-basis plaatsvindt. Ingeval de uitkomst een gedeelte van een maand weergeeft, dan wordt geen premierestitutie verleend over deze (deel-)maand, indien de uitkomst 14 dagen of minder is (geweest); is de uitkomst 15 dagen of meer dan wordt premierestitutie verleend over de gehele maand.

4. Er vindt geen premierestitutie plaats:
 - indien het totaal aantal zeedagen in een kalenderjaar 14 of minder is geweest
 - over de wettelijke bijdragen.

ARTIKEL 2 Grondslag van de verzekering

2.1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, met de bij een eventuele keuring door de verzekerde verstrekte gegevens gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. De Maatschappij is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is (conform artikel 251 Wetboek van Koophandel) bevoegd met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekering in te roepen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel in de afzonderlijke gegevens verstrekt, in strijd met de waarheid zijn of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard waren, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij daarvan kennis had gedragen.

2.2 De Maatschappij kan zonder opgaaf van redenen een aanvraag afwijzen of bepaalde kwalen, ziekten of gebreken van uitkering uitsluiten; bij een dergelijke uitsluiting blijven de verschuldigde premies ongewijzigd.

2.3 De door de Maatschappij gevoerde aanvullende verzekeringen kunnen worden afgesloten door degenen die krachtens een hoofdverzekering zijn of worden verzekerd bij de Maatschappij, dit ter beoordeling van de Maatschappij.

2.4 De verzekering wordt onder dezelfde voorwaarden en condities aangegaan en gehandhaafd voor alle op de polis verzekerde personen, tenzij anderszins overeengekomen.

ARTIKEL 3 Bijzondere aanspraken

Pasgeboren kinderen: Voor kinderen van verzekerden, geboren tijdens de duur van de verzekering geldt, mits zij binnen twee maanden na hun geboorte ter verzekering zijn aangemeld en één of beide ouders op dat moment bij de Maatschappij verzekerd zijn, dat zij zonder medische acceptatie op de polis worden bijgeschreven. De verzekering is vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten, aandoeningen of afwijkingen; het in artikel 10.9 bepaalde is dan niet van toepassing.

Indien slechts één van de ouders bij de Maatschappij is verzekerd kan alleen dan inschrijving en vergoeding van kosten geschieden, indien wordt aangetoond dat de verzekerde ouder is aan te merken als kostwinner van het kind.

ARTIKEL 4 Omvang van de Dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van de in de Omvang van de Dekking opgenomen en (mee)verzekerde medische behandelingen en verstrekkings, onder aftrek van een eventueel van toepassing zijnde eigen risico, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de Maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. De Maatschappij bepaalt of er sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de Maatschappij genoemde kosten op basis van maximaal door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven, tenzij in de Omvang van de Dekking anders is bepaald. Voor

medische behandelingen in door de Maatschappij gecontracteerde instellingen in het buitenland die na bemiddeling van de Zorgmakelaar plaatsvinden gelden de voorwaarden als zou de behandeling in Nederland plaatsvinden.

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

ARTIKEL 5 Risicowijziging

Een verzoek tot een wijziging van de dekking dient schriftelijk te geschieden. Indien een verzekerde het risico waarvoor hij verzekerd is wenst te wijzigen, dan wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. Het bepaalde in artikel 2 is en blijft onverminderd van toepassing op de wijziging van de dekking als ook op de gegevens en mededelingen zoals door verzekerde in het verleden in eerste instantie op en bij het aanvraagformulier zijn overgelegd. Het wijzigen van het verzekerde risico kan uitsluitend per 1 januari van elk kalenderjaar, met uitzondering van de aanvullende (tandarts)verzekeringen en de klasseverzekeringen waarvoor tussentijdse uitbreiding kan plaatsvinden per de eerste van de maand volgend op de maand waarin acceptatie heeft plaatsgevonden. Voor de aanvullende verzekering geldt een wachttijd van 4 maanden alvorens het recht op vergoeding aanvangt, tenzij in de Omvang van de Dekking afwijkend is bepaald.

Indien een verzekering wordt aangegaan aansluitend op een vergelijkbare (collectieve) hoofdverzekering of een aanvullende verzekering van de Maatschappij, blijven de bestaande rechten en plichten uit deze verzekering onverkort van kracht. De verzekeringsduur wordt geacht niet te zijn onderbroken door de overgang van een ziekenfondsverzekering naar een particuliere ziektekostenverzekering of omgekeerd.

ARTIKEL 6 Keuzevrijheid

Verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, apotheker etc..

ARTIKEL 7 Toezeggingen

Er kan slechts een beroep worden gedaan op telefonische en mondelinge toezeggingen indien de Maatschappij deze schriftelijk heeft bevestigd.

ARTIKEL 8 Persoonsgegevens

8.1 De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekering en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.

8.2 Frauderegistratie: Indien er sprake is van fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik van uit de verzekering voortvloeiende rechten, zullen de gegevens van verzekerde of derden worden opgenomen in daartoe bestemde registers conform het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars. Deze registers hebben tot doel het bevorderen van de integriteit en de veiligheid van de

verzekeringsbranche en het voorkomen van fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik. Daarnaast gaat de Maatschappij in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.

ARTIKEL 9 Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van de Maatschappij geschaad kunnen worden. Indien de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de Maatschappij zijn geschaad, vervalt elk recht op vergoeding.

ARTIKEL 10 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

10.1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit, hetzij direct, hetzij indirect:

- a. een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
- b. burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- c. opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- d. binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- e. oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
- f. munitie, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De 6 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 's-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981;

10.2 Indien, zo deze verzekering niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op verstrekkingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig;

10.3 Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoek;

10.4 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze is ontstaan;

10.4.1 De uitsluiting onder 10.4 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) alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;

10.4.2 Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 10.4.1. geen toepassing;

10.5 Voor onderzoek, behandeling, verpleging, geneesmiddelen of hulpmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat, alsmede de hieruit voortvloeiende kosten van vervolg- of herstelbehandelingen/ operaties, al dan niet medisch noodzakelijk;

10.6 Voor vormverbeterende behandelingen/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;

10.7 Voor onderzoek en/of behandeling door een hooglerspecialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hooglerspecialist;

10.8 Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald;

10.9 Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering terwijl verzekeringnemer of verzekerde op dat tijdstip hiervan kennis droeg, redelijkerwijs kennis had kunnen dragen of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien verzekeringnemer de Maatschappij vóór de totstandoming van de verzekering van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de Maatschappij bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij het op verzoek van verzekeringnemer of verzekerde uitbreiden van de dekking respectievelijk verhogen van de verzekerde verpleegklasse, is het vorenstaande eveneens van toepassing op deze uitbreiding respectievelijk verhoging;

10.10 Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit;

10.11 Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen;

10.12 Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist;

10.13 De kosten van consulten, behandelingen en/of voorgeschreven genees- en hulpmiddelen door een zorgaanbieder bij of aan zichzelf of één van de bij de Maatschappij verzekerde leden van het gezin, tenzij uitdrukkelijk vooraf toestemming verleend door de Maatschappij;

10.14 Voor schade welke het gevolg is van opzet of (on)bewuste roekeloosheid van verzekerde of het gevolg is van een misdrijf waaraan verzekerde heeft deelgenomen;

10.15 Indien de Maatschappij door verzekeringnemer, verzekerde en/of belanghebbende(n) bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen opzettelijk wordt misleid door voor de beoordeling van de aanspraak voor de Maatschappij van belang zijnde feiten en omstandigheden te verzwijgen en/of valse opgaven te verstrekken. Het verval van recht op uitkering heeft betrekking op de volledig ingediende aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen, ook voor die onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;

10.16 Voor schade en/of kosten die het gevolg zijn van het niet nakomen van een gemaakte afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgaanbieder.

ARTIKEL 11 Opname ziekenhuis in een hogere of lagere klasse

Indien verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een hogere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de tarieven die de Maatschappij voor de verzekerde klasse verschuldigd zou zijn. Indien een verzekerde in een ziekenhuis wordt opgenomen in een lagere dan de verzekerde klasse, worden de kosten van verpleging en bijkomende kosten vergoed op basis van de voor deze lagere klasse geldende tarieven.

ARTIKEL 12 Verplichtingen bij opname of behandeling

Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

- a. dat van een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen drie dagen na opname, schriftelijk kennis wordt gegeven aan de Maatschappij. Deze kennisgeving dient te geschieden zodra bekend is dat opname zal moeten plaatsvinden;
- b. dat de behandelend huisarts of specialist de reden van opname bekend maakt aan de medisch adviseur;
- c. dat in geval van niet-klinische (poliklinische) specialistische hulp een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overgelegd indien de Maatschappij hierom vraagt;
- d. dat bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie een verwijzing van de specialist of huisarts wordt overlegd, indien de Maatschappij hierom vraagt;
- e. dat desgevraagd aan de Maatschappij, haar medisch adviseur, of hen, die met de control zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- f. dat zijn gebit en het gebit van de overige verzekerden bij de aanvang van de tandheelkundige verzekering regelmatig onderhouden en caviteit-vrij is. Gedurende de verzekering dient regelmatig - tenminste een keer per kalenderjaar - het gebit te worden gecontroleerd door een tandarts. Deze verplichting geldt niet voor dragers van een volledige prothese.

ARTIKEL 13 Aansprakelijkheid van derden

Verzekerde is verplicht de Maatschappij behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door de Maatschappij geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde de Maatschappij direct te informeren. Verzekerde verschaft de Maatschappij desgevraagd de inlichtingen die de Maatschappij redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde. In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van de Maatschappij met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor de Maatschappij in haar belangen kan worden geschaad.

ARTIKEL 14 Indiening en vergoeding van nota's

14.1 Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

- a. dat de indiening van nota's zo spoedig mogelijk dient te geschieden; de Maatschappij dient de nota's uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de medische behandeling, de verpleging, het onderzoek, de verstrekking e.d. heeft plaatsgevonden, te hebben ontvangen.

N.B. De nota's worden op volgorde van binnenkomst in behandeling genomen. Bepalend voor het recht op uitkering is de datum van behandeling, verpleging, onderzoek, verstrekking e.d. De dagtekening, de datum waarop de nota is ontvangen of de datum van betaling van de nota is hierbij niet van belang;

- b. dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn, dat de Maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij gehouden is. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Originele anderstalige nota's dienen op een zodanige wijze te zijn opgemaakt en/of vertaald te zijn dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij gehouden is. Indien de Maatschappij van oordeel is dat de nota vertaling behoeft dan kan de Maatschappij verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler. Vertaalkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. dat de niet gespecificeerde nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van een specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisatie van tandartsen en van verzekeraars;
- d. dat de originele nota's worden ingezonden;
- e. dat de openstaande bedragen van ingediende nota's die geheel dan wel gedeeltelijk onder het eigen risico vallen of niet voor vergoeding in aanmerking komen door verzekerde aan de zorgverlener worden betaald. Eventuele kosten, zoals incassokosten en/of rentekosten, die voortvloeien uit het niet of niet tijdig betalen van het openstaande bedrag van deze nota's komen voor rekening van verzekerde.

14.2 Als verzekerde niet binnen zes weken na de datum van betaling tegen de uitkering bezwaar maakt, wordt aangenomen dat deze met de uitkering onvoorwaardelijk akkoord gaat.

14.3 Indien het bedrag van het eigen risico nog niet is bereikt zal de vergoeding geschieden onder aftrek van het eigen risico.

14.4 Bij het indienen van de nota's is de datum van behandeling of verstrekking bepalend voor het jaar waarop het eigen risico betrekking heeft.

14.5 Indien betalingen aan anderen dan verzekerden worden gedaan is de Maatschappij rechtsgeldig gekwet.

14.6 Indien de Maatschappij met inachtneming van het gestelde in dit artikel tot betaling namens verzekerde overgaat, draagt de Maatschappij geen aansprakelijkheid uit hoofde van de betalingsverplichtingen die verzekerde heeft ten aanzien van de betrokken zorgverlener.

14.7 De uitkeringen bedragen nooit meer dan de werkelijk gemaakte kosten.

14.8 Bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden is een daarmee samenhangende wijziging van een recht op uitkering uitsluitend van toepassing op na de datum van ingang van die wijziging verichte behandeling.

14.9 Aan verzekerde, die zich onttrekt aan geneeskundige behandeling, als gevolg waarvan de opname wordt verlengd of een hernieuwde opname noodzakelijk wordt, dan wel wegens wangedrag uit het ziekenhuis of sanatorium wordt verwijderd, kan uitkering worden geweigerd voor deze opname en voor de daarmee verband houdende klinische specialistenhulp, bijkomende kosten en ziekenvervoer, een en ander ter beoordeling van de Maatschappij.

14.10 Het indienen van de nota('s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de nota wel of niet is betaald en deze te zenden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij:

Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.
Postbus 11072
9700 CB GRONINGEN

14.11 In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

Bij het niet nakomen van de hiervoor in de artikelen 12, 13 en 14 vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

ARTIKEL 15 Eigen risico / maxima per kalenderjaar

15.1 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Die kosten tellen eveneens mee voor het bereiken van een, eventueel voor een onderdeel van de dekking geldende, maximum vergoeding.

15.2 Het eigen risico wordt voor het eerst vastgesteld op de ingangsdatum van de verzekering. Het wijzigen van het eigen risico door verzekerde is alleen mogelijk vanaf 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin het verzoek om wijziging bij de Maatschappij is ingediend. Het wijzigingsverzoek kan vanaf 1 juli worden ingediend en dient uiterlijk 31 december door de Maatschappij te zijn ontvangen. Op basis van medische selectie wordt door de Maatschappij beoordeeld of verlaging van het eigen risico mogelijk is.

Het eigen risico wordt per kalenderjaar vastgesteld overeenkomstig de op de polis verzekerde personen per 1 januari van dat kalenderjaar. Tussentijdse bij- of uitschrijvingen van één of meer personen en tussentijdse beëindiging van de verzekering zijn voor wat betreft het lopende verzekeringsjaar noch van invloed op de hoogte van het eigen risico, noch van invloed op het totaal ingehouden eigen risicobedrag terzake reeds gedane uitkeringen.

15.3 Bij opname in een ziekenhuis na 30 november van enig jaar en eindigende voor 1 februari van het daaropvolgende jaar, zullen de kosten voor berekening van het te dragen eigen risico worden geacht te behoren tot het kalenderjaar waarin de verpleging is begonnen. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling is aangevangen, geldt voor de vaststelling van het eigen risico dat deze behandeling wordt toegerekend aan het voorgaande kalenderjaar.

15.4 Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico aan de voet pro rata vastgesteld met dien verstande, dat het bedrag van het eigen risico niet lager wordt dan 40% van het voor deze verzekering geldende eigen risico.

15.5 Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico als op het polisblad vermeld per gezin per kalenderjaar voor rekening van verzekeringnemer. Indien op enig moment het eigen risico niet c.q. niet volledig door de Maatschappij is verrekend en/of verrekening heeft kunnen plaatsvinden met vergoedingen en verstrekkingen die hebben plaatsgevonden, dan is de Maatschappij te allen tijde bevoegd het nog niet verrekende eigen risico te verrekenen met toekomstige vergoedingen en verstrekkingen die op enig moment plaatsvinden en/of aan verzekeringnemer in rekening te brengen.

ARTIKEL 16 Premiebetaling, opschorting, beëindiging, premierestitutie

16.1 Verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, voor alle op de polis genoemde personen. Voor ziekenfondsverzekerden zal voor de aanvullende verzekeringen de betaalwijze van de nominale premie voor de ziekenfondsverzekering gevolgd worden. Dit houdt in dat wanneer de

aanvullende verzekeringen tijdens een lopende kalendermaand ingaan geen premie voor deze kalendermaand verschuldigd is en wanneer de aanvullende verzekeringen tijdens een lopende kalendermaand worden beëindigd de volledige premie over deze kalendermaand verschuldigd is.

16.2 Is de premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico niet binnen 30 dagen na de premievervaldag volledig voldaan dan is er sprake van verzuim en wordt de dekking opgeschort vanaf de premievervaldag. Er bestaat geen recht op uitkering meer. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico te voldoen.

16.3 Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle kosten van inning, zoals incassokosten en/of rentekosten, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van verzekeringnemer.

16.4 Indien het recht op uitkering wegens wanbetaling is vervallen is de Maatschappij bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, waarbij de verplichting tot premiebetaling echter onverminderd blijft bestaan.

16.5 De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd in artikel 16.3 door de Maatschappij zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de verzekering door de Maatschappij is c.q. wordt beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde geen recht op vergoeding van kosten gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de periode van opschorting van de dekking. Dit is ook niet het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door de Maatschappij afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

16.6 De verzekering geschiedt, behoudens in bijzondere door de Maatschappij te bepalen gevallen, zonder restitutie van de premie. De verschuldigde premie en/of de som van het in rekening gebrachte eigen risico kan verzekerde niet verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoeding. Indien bij de beëindiging van de verzekering verzekerde nog premie en/of een som aan eigen risico aan de Maatschappij verschuldigd is, dan is de Maatschappij gerechtigd eventueel nog verschuldigde vergoedingen te verrekenen met het nog totaal openstaande premiebedrag en/of de som aan eigen risico. Indien de Maatschappij gehouden is premie te restitueren aan verzekeringnemer, kan de Maatschappij dit verrekenen met de door verzekeringnemer verschuldigde som aan eigen risico.

16.7 Premieverhoging of -verlaging als gevolg van wijzigingen in de gezinssamenstelling of leeftijd gaat als regel in op de dag waarop de gewijzigde omstandigheden zich voor de eerste maal hebben voorgedaan. Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht bekend te zijn met van toepassing zijnde leeftijdstoelagen.

ARTIKEL 17 Meldingsplicht met betrekking tot wijzigingen

17.1 Verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere verandering die van invloed is op de rechten en plichten uit hoofde van de verzekering zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de Maatschappij mede te delen.

Zodanige wijzigingen zijn ondermeer:

- a. het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling;
- b. verhuizing;
- c. huwelijk, samenwoning en geregistreerd partnerschap;

- d. geboorte (zie artikel 3);
- e. overlijden;
- f. wijziging van (post)banknummer;
- g. het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
- h. verblijf van langer dan twee maanden aaneengesloten in het buitenland;
- i. aanvang of beëindiging van een studie van een op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerd studerend ongehuwd kind van 18 jaar of ouder;
- j. het niet langer meer voldoen aan de voorwaarden om collectief verzekerd te zijn (bijvoorbeeld door beëindiging van het dienstverband).

17.2 Verzekeringnemer moet erop toezien dat op de polis de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht.

17.3 Mededelingen, door de Maatschappij verzonden aan het laatst bekende adres van verzekeringnemer, worden geacht verzekeringnemer en verzekerde te hebben bereikt.

ARTIKEL 18 Ingang, duur en einde van de verzekering

18.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste dag van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanmeldingsformulier, de verzekering wil doen aanvangen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste van de maand, waarin het aanmeldingsformulier bij de Maatschappij is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 18.2 en artikel 3, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij de Maatschappij is binnengekomen.

18.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde, die zijn of haar verzekering bij een ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering heeft moeten beëindigen, vangt de verzekering aan op de dag volgende op de dag van beëindiging van de ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

18.3 De verzekering wordt aangegaan voor tenminste de duur van een kalenderjaar, met stilzwijgende verlenging voor gelijke termijnen, tenzij nadrukkelijk anders overeengekomen. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat en van het daarop volgende kalenderjaar aangegaan. Met inachtneming van het vorenstaande wordt steeds 1 januari van enig kalenderjaar als contractsvervaldatum aangehouden.

18.4 Met inachtneming van het bepaalde in artikel 18.3 kan verzekeringnemer door opzegging zijn verzekering beëindigen met ingang van 1 januari van het kalenderjaar volgende op het kalenderjaar, waarin de opzegging heeft plaatsgevonden. In dat geval dient de Maatschappij de opzegging vóór 1 oktober te hebben ontvangen, tenzij het bepaalde in artikel 18.5 of 19.2 van toepassing is. De opzegging dient schriftelijk, bij voorkeur aangetekend, te geschieden. Op verzekeringnemer rust het bewijs om aan te tonen dat de schriftelijke opzegging de Maatschappij tijdig heeft bereikt. De Maatschappij kan bepalen dat de aanvullende verzekering(en) wordt(en) voortgezet indien de hoofdverzekering wordt beëindigd op grond van het bepaalde in artikel 18.5 sub a of sub b.

18.5 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:

- a. met ingang van de datum van afgifte van het bewijs van inschrijving door een ziekenfonds, mits de Maatschappij binnen 30 dagen na de datum van afgifte van het bewijs van inschrijving een afschrift hiervan heeft ontvangen. Indien de Maatschappij niet binnen deze termijn van 30 dagen een afschrift van het bewijs van inschrijving heeft ontvangen, dan eindigt de verzekering met ingang van de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen. In dat geval is verzekeringnemer de premie verschuldigd tot de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen;
- b. met ingang van de datum waarop verzekerde verplicht publiekrechtelijk is verzekerd bij een publiekrechtelijke de Maatschappij, mits de Maatschappij binnen 30 dagen na afgifte van het polisblad door de publiekrechtelijke verzekeraar een afschrift hiervan heeft ontvangen. Indien de Maatschappij niet binnen deze termijn van 30 dagen een afschrift van het polisblad heeft ontvangen, dan eindigt de verzekering met ingang van de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen. In dat geval is verzekeringnemer de premie verschuldigd tot de datum waarop de Maatschappij het afschrift heeft ontvangen;
- c. met ingang van de eerste dag van de maand waarin verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt. Vervolgens zal verzekerde direct aansluitend de Standaardpakketpolis worden aangeboden tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies. Ingeval verzekerde na beëindiging van de verzekering direct aansluitend de Standaardpakketpolis via de Maatschappij afsluit, kunnen de laatst geldende aanvullende (klasse) verzekeringen worden voortgezet tegen de op dat moment geldende voorwaarden en premies;
- d. als de verzekerde overlijdt;
- e. met ingang van de eerste dag dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) zich metterwoon buiten Nederland vestig(t)(en) of met ingang van de eerste dag van het tijdvak dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) langer dan zes maanden aaneengesloten buiten Nederland verblij(ft)(ven). Een nieuwe periode van zes maanden ontstaat wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde aantoonbaar meer dan twee maanden aaneengesloten in Nederland verblij(ft)(ven). Zolang verzekeringnemer niet aan de verplichting van artikel 17.1 sub g heeft voldaan, blijft verzekeringnemer verplicht tot premiebetaling, zonder evenwel enige aanspraak op vergoeding te kunnen maken. Op verzoek van de Maatschappij dient verzekerde bewijs te overleggen waaruit het tijdstip van vertrek naar het buitenland en/of de duur van het verblijf in het buitenland blijkt. Indien hier niet aan wordt voldaan dan kan de verzekering op een door de Maatschappij te bepalen tijdstip worden beëindigd of kan een verzoek om beëindiging door de Maatschappij worden geweigerd.

18.6 Voor op de verzekering van de ouder(s) meeverzekerde kinderen vanaf 18 jaar gelden de volgende regels:

- studerende, ongehuwde kinderen kunnen tot 27 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief, indien (jaarlijks) een school- c.q. studieverklaring (niet zijnde (een verklaring van) een cursus) wordt overgelegd;
- niet studerende kinderen kunnen tot 21 jaar meeverzekerd blijven tegen het daarvoor geldende premietarief. Indien een meeverzekerd kind van jonger dan 21 jaar in het huwelijk treedt, een geregistreerd partnerschap aangaat of met een partner duurzaam gaat samenwonen, kan het kind vanaf dat moment niet langer meeverzekerd blijven. Indien een kind niet langer kan worden meeverzekerd, kan deze zich direct aansluitend, zonder selectie, zelfstandig verzekeren op een afzonderlijke gelijksoortige polis (ter beoordeling van de Maatschappij), tegen de premie behorende bij de leeftijd van het kind.

18.7 De Maatschappij heeft het recht de verzekering onmiddellijk eenzijdig te beëindigen ingeval:

- a. van onjuiste opgave of verzwijging, als bedoeld in artikel 2;
- b. van opschorting van de dekking, als bedoeld in de artikelen 16.2 en 16.5;

- c. verzekeringnemer en/of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt/maken aan (een poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdragingen (zoals dwang en bedreiging). In die gevallen zullen zowel de hoofdverzekering als ook de aanvullende verzekeringen worden beëindigd met ingang van de dag waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden of op een andere door de Maatschappij te bepalen datum. Ook ingeval het vorenstaande betrekking heeft op een ziekenfondsverzekering, beëindigt de Maatschappij de aanvullende verzekeringen van alle verzekerden.

18.8 Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke de verzekering van kracht is.

18.9 Indien de verzekering, na acceptatie door de Maatschappij, binnen 12 maanden na beëindiging van een verzekering van de Maatschappij wordt hervat, wordt de verzekering geacht niet te zijn onderbroken.

18.10 Zij die hun verzekering tijdelijk (maximaal 12 maanden) hebben moeten onderbreken wegens toetreding tot de verplichte ziekenfondsverzekering van AnderZorg en die na beëindiging daarvan aansluitend weer in dezelfde premietariefgroep bij de Maatschappij willen toetreden, kunnen zonder medische selectie terugkeren. De verzekering gaat in op de dag, volgende op die van de beëindiging van de voorgaande ziekenfondsverzekering.

ARTIKEL 19 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

19.1 De Maatschappij heeft het recht de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de Omvang van de Dekking (hierna tezamen verzekeringsvoorwaarden te noemen) de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs - op een door de Maatschappij vast te stellen datum - te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het op dat moment van toepassing zijnde eigen risico.

19.2 Ingeval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekering beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer - met inachtneming van het gestelde in lid 19.3 en 19.4 - het recht de verzekering schriftelijk te beëindigen. Indien vorennoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen - met inachtneming van het gestelde in lid 19.3 en 19.4 - schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

19.3 Indien de Maatschappij vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe Algemene Verzekeringsvoorwaarden, de Omvang van de Dekking, de premie en/of het eigen risico.

19.4 De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekering bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie, wettelijke heffingen, eigen bijdragen en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging in de aanspraken krachtens de AWBZ;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door verzekerde;

c. indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

19.5 De gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de verhoogde premies zijn ook van toepassing op de reeds gesloten verzekeringen.

19.6 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden tot aan het moment van de wijzigingen.

19.7 Indien er tijdens de duur van de verzekering wijzigingen optreden in UPT-coderingen, dan leiden deze niet tot beperking of uitbreiding van aanspraken op vergoedingen van verzekerde, zoals die golden voordat de wijzigingen zich hebben voorgedaan.

ARTIKEL 20 Collectief verzekeren

20.1 Indien op de verzekering collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven van toepassing zijn op basis van een tussen de Maatschappij en een belangenbehartiger van verzekeringnemer afgesloten collectieve zorgverzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld werkgever, personeelsvertegenwoordiging, vereniging, stichting, branche-organisatie of andere belangenbehartiger die belangen verzekeringnemer vertegenwoordigt), dan zijn eventueel overeengekomen afwijkende bepalingen in de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst bepalend ten opzichte van de inhoud van deze Verzekeringsvoorwaarden.

Verzekeringnemer is zelf niet individueel partij bij de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst.

20.2 De verzekering van alle op de polis genoemde verzekerden wordt beëindigd vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan het collectief (bijvoorbeeld bij einde dienstverband). Als het dienstverband van verzekeringnemer wordt beëindigd ten gevolge van arbeidsongeschiktheid of vervroegde uitdiensttreding, dan wordt de verzekering niet beëindigd maar tot de leeftijd van 65 jaar voortgezet, indien en voor zolang de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst bij de Maatschappij wordt voortgezet en er geen recht op ziekenfondsverzekering ontstaat.

20.3 Indien de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst door de Maatschappij of de belangenbehartiger wordt beëindigd, dan eindigt per de beëindigingsdatum van de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst eveneens de met verzekeringnemer afgesloten verzekering. Een afzonderlijke individuele opzegging gericht aan verzekeringnemer is hiervoor niet vereist. Ingeval de belangenbehartiger bij een andere verzekeraar geen nieuwe collectieve zorgverzekeringsovereenkomst voor verzekeringnemer afsluit, kan verzekeringnemer een aanvraag indienen om zich op basis van medische selectie direct aansluitend bij de Maatschappij te verzekeren op basis van een individuele particuliere verzekering. Deze verzekering zal qua dekkingsomvang zoveel mogelijk overeenkomen met de beëindigde verzekering, hetgeen door de Maatschappij wordt beoordeeld, en tegen de op dat moment geldende premietarieven voor deze individuele particuliere verzekering. De aanvraag van verzekeringnemer dient uiterlijk 31 dagen na beëindiging van de verzekering door de Maatschappij te zijn ontvangen.

ARTIKEL 21 Niet voorziene gevallen

In alle gevallen, waarin deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

ARTIKEL 22 Geschillen, klachten en rechtskeuze

22.1 Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij kan verenigen dient hij de volgende regels in acht te nemen. Binnen zes weken nadat die beslissing aan hem is meegedeeld zal hij het geschil voorleggen aan de Maatschappij, ter attentie van de afdeling Klacht, Beroep en Bezwaar (KBB). De Maatschappij dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekering door de Maatschappij.

22.2 Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

22.3 Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 23 Slotbepaling

Deze Verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2005.

ARTIKEL 24 Clausuleblad Terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Op de verzekering is het volgende clausuleblad van toepassing ten aanzien van het terrorismerisico zoals vastgesteld door de NHT:

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

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

1.1 Terrorisme:

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

1.2 Kwaadwillige besmetting:

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

1.3 Preventieve maatregelen:

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

1.4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):

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

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

- a. Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub 0 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's;
- b. Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft;
- c. Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

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

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

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

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

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

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

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

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

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

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

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

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

3.4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd. De volledige tekst van het Protocol afwikkeling claims wordt op verzoek toegezonden en is tevens te raadplegen op www.anderzorg.nl

Omvang van de dekking

Met inachtneming van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, wordt door de Maatschappij vergoeding van kosten verleend van de hierna genoemde verstrekkingen.

ARTIKEL 1 Ziekenhuisopname

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de Maatschappij met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed:

1.1 De kosten van verpleging in een ziekenhuis tot maximaal 365 dagen per ziektegeval.

1.2 De kosten van medisch-specialistische of kaakchirurgische hulp.

1.3 Bijkomende kosten van verpleging die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de verpleging in een ziekenhuis.

1.4 Bij een bevalling met medische indicatie voor het verblijf in het ziekenhuis voor moeder en kind met ingang van de dag van de bevalling, mits de moeder ten minste twaalf maanden bij de Maatschappij als verzekerde staat ingeschreven, de kosten van:

- a. de klinische dagen met medische indicatie in de verzekerde klasse
- b. de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten
- c. het honorarium van de gynaecoloog.

1.5 Wanneer een meeverzekerd kind in verband met borstvoeding bij de moeder in het ziekenhuis verblijft, worden gedurende de eerste 3 levensmaanden de verpleegkosten voor het kind vergoed, indien en zolang de Maatschappij voor de moeder vergoeding van verpleegkosten is verschuldigd.

1.6 Vergoed worden de kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma-centrum te Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De Maatschappij dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben welke een geldigheid van zes weken heeft, tenzij anders bepaalt.

ARTIKEL 2 Zorgcoördinator

Indien een verzekerde voor een opname in een ziekenhuis op een wachtlijst is geplaatst, zal de zorgcoördinator, indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, proberen een plaats in een ander ziekenhuis te vinden, waar de verzekerde sneller geholpen kan worden. Bemiddelingskosten in rekening gebracht door een andere bemiddelaar dan de Maatschappij komen niet voor vergoeding in aanmerking. Het ziekenhuis moet in Nederland gelegen en door de overheid erkend zijn, tenzij de Zorgcoördinator anders bepaald.

ARTIKEL 3 Dagverpleging in een ziekenhuis

Indien een medisch-specialistisch onderzoek of behandeling niet poliklinisch kan plaatsvinden, worden vergoed:

- a. het tarief voor dagverpleging (A 006/A 009)
- b. het honorarium van de medisch-specialist
- c. de bijkomende kosten.

ARTIKEL 4 Zelfstandig Behandel Centrum (privé-kliniek)

Indien en voorzover de medische noodzaak daartoe bestaat, vergoedt de Maatschappij de kosten van behandeling in een zelfstandig behandelcentrum in Nederland door middel van het DBC-tarief. Indien de Maatschappij met het zelfstandig behandelcentrum een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het zelfstandig behandelcentrum in rekening wordt gebracht. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven, én
- de behandeling poliklinisch of in dagverpleging plaatsvindt.

ARTIKEL 5 Plastische chirurgie (vormverbeterende operatie)

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, vormverbeterende operaties van het uiterlijk (klinisch of poliklinisch), die rechtstreeks een gevolg zijn van een ziekte of van een bij een ongeval ontstane ernstige verminking, dan wel rechtstreeks verband houden met (een) bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking(en). Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek tevoren schriftelijk toestemming heeft gegeven.

ARTIKEL 6 Dag- en nachtbehandeling

Vergoed worden de kosten bij opname voor een dag- of nachtbehandeling in geval van:

- a. hartrevalidatie
- b. longrevalidatie
- c. dermatologische nachtbehandeling.

De behandeling dient tijdig en vooraf schriftelijk te worden aangevraagd, vergezeld van een door de specialist opgesteld behandelingsplan en te zijn goedgekeurd door de Maatschappij, die als bewijs van haar toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt.

ARTIKEL 7 Niet-klinische (poliklinische) medisch-specialistische behandeling

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de Maatschappij met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden na schriftelijke verwijzing door een huisarts, tandarts, specialist of verloskundige vergoed:

- a. het honorarium van de medisch-specialist, poliklinisch of bij de medisch-specialist thuis
- b. de bijkomende kosten.

Voor poliklinische specialistische hulp, verleend door een oogarts of keel-, neus- en oorarts, is geen verwijzing noodzakelijk; indien de Maatschappij hierom vraagt dient verzekerde voor de andere verwijzingen een verwijsbrief van de specialist, huisarts of tandarts over te leggen.

ARTIKEL 8 Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK)

Vergoed worden de kosten voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de SNWLK.

ARTIKEL 9 Nierdialyse

9.1 Vergoed worden de kosten van nierdialyse voor elke behandeling met een kunstnier, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis.

9.2 Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling zoals deze door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voor zover de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Door de Maatschappij kunnen hierbij nadere voorwaarden worden gesteld.

ARTIKEL 10 Orgaantransplantaties

10.1 Vergoed worden de kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, lever (orthotoop), long en hart-long, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- de behandeling vindt plaats in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze verrichtingen erkende instelling in Nederland
- voor de behandeling zijn officieel goedgekeurde tarieven afgegeven
- de Maatschappij heeft op een daartoe strekkend verzoek vooraf schriftelijk toestemming gegeven. De kosten van transplantaties van andere, niet genoemde organen worden niet vergoed.

10.2 Vergoed worden de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de desbetreffende orgaantransplantatie. Recht op behandeling bestaat uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming door de Maatschappij.

ARTIKEL 11 Chronisch intermitterende beademing

Vergoed worden de kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een medisch-specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

ARTIKEL 12 Trombosedienst

Vergoed worden de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist.

ARTIKEL 13 Revalidatie

13.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- a. deze hulp voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat, én

- b. de verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

13.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname) tot maximaal 365 dagen per ziektegeval. Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname
- b. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

13.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 1 en lid 2 van dit artikel, vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming voor opname en/of behandeling is gevraagd bij de Maatschappij en wanneer de Maatschappij als bewijs van haar toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan.

Dit behandelplan dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines, alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

ARTIKEL 14 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen

14.1 De kosten van farmaceutische zorg

Vergoed worden de kosten van genees-, dieet- en verbandmiddelen - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg/Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en verder is aangevuld door de Maatschappij - afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige door een in Nederland gevestigd apotheek of apotheekhoudend huisarts. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking.

De regeling Farmaceutische Zorg en de regeling Dieetpreparaten maken deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

14.2 Vergoeding van geneesmiddelen

Op de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld.

Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Zorg of de Maatschappij anders bepaalt. Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet valt het meerdere buiten de vergoeding van kosten.

14.3 Voorschrifttermijn

Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van

- vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft
- drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen
- vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft
- een maand in overige gevallen.

14.4 Vergoeding dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na aanvraag bij en voorafgaande toestemming van de Maatschappij.

De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstig resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en verzekerde bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft. Ingeval van een ernstige koemelkeiwitovergevoeligheid of -allergie bij zuigelingen vindt alleen een vergoeding van de kosten voor dieetvoeding plaats op basis van 30%, zolang de leeftijd van anderhalf jaar nog niet is bereikt.

14.5 Vergoeding verbandmiddelen

Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

14.6 Preventieve geneesmiddelen

De kosten voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland zijn van vergoeding uitgesloten.

ARTIKEL 15 Ziekenvervoer

Indien en voorzover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is, worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer vergoed van zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, alsmede naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt, respectievelijk naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld. De kosten van vervoer van de in een ziekenhuis opgenomen verzekerde, die op eigen verzoek vervoerd wenst te worden naar een ander ziekenhuis in of zo dicht mogelijk bij zijn woonplaats of een andere plaats van keuze, komen voor eigen rekening.

Onder medisch noodzakelijk ziekenvervoer wordt verstaan:

- a. ambulance
- b. taxi
- c. eigen vervoer per auto, waarbij de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op een bedrag van € 0,20 per gereden kilometer.

De kosten van ziekenvervoer vermeld onder punt b en c komen conform de voor ziekenfonds-verzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking. De kosten van het ziekenvervoer dienen verband te houden met medische behandelingen zoals genoemd in de artikelen 1, 3, 7, 13 en 36 van de "Omvang van de Dekking", waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de Maatschappij komen.

ARTIKEL 16 Hulpmiddelen

16.1 Vergoed worden de kosten van aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts overeenkomstig de maximumbedragen van de Bepaling Hulpmiddelen, zoals die door de Maatschappij is vastgesteld. Deze Bepaling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, dit ter beoordeling van de Maatschappij.

16.2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voorzover de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek te voren toestemming/een machtiging heeft (af)gegeven. Bij deze toestemming/machtiging kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

16.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Hierbij wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik, waaronder (ook) batterijen.

ARTIKEL 17 Overige hulpmiddelen

17.1 Bloedsuikermeter

Ingeval van Diabetes Mellitus (suikerziekte), waarbij verzekerde insulineafhankelijk is, bestaat recht op zelfcontrolemiddelen. De Maatschappij draagt zorg voor de aanschaf van de bloedsuikermeter.

17.2 Thuismonitor

De verzekerde heeft recht op vergoeding van huurkosten van bewakingsapparatuur in de thuis-situatie, ter voorkoming of bekorting van verblijf in een ziekenhuis. Vooraf dient een machtiging van de Maatschappij te zijn verkregen.

ARTIKEL 18 Hulp door een audiologisch centrum

Vergoed worden de kosten van onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie door een -daartoe door de bevoegde overheidsinstantie erkend- audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

ARTIKEL 19 Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De hulp omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek; daarnaast de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten gemaakt voor andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen verzekeraar(s) van de onderzochte andere personen.

ARTIKEL 20 Tandheelkundige zorg

20.1 Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap
Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, wordt na vooraf verleende goedkeuring door de Maatschappij vergoeding van kosten verleend, in rekening gebracht door een tandarts met betrekking tot de verzekerde verrichtingen, op basis van het door het CTG goedgekeurd tarief per behandelingsuur.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap, die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

20.2 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

De kosten van tandheelkundige behandelingen worden volledig vergoed in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen (limitatief):

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen minstens tien is, de verstandskiezen hieronder niet begrepen
 - b. kaakgewrichtsklachten, indien gebleken is dat een eerste behandeling, zoals inslijpen, instructie spieroefeningen, opbeetplaat of aanpassing prothese, door de (huis)tandarts of in het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde niet tot het gewenste resultaat heeft geleid
 - c. een defect ten gevolge van een ongeval (dento-alveolair defect), waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn
 - d. een lip- en/of kaak- en/of gehemeltepleet
 - e. een uitgebreid defect aan de mond en/of kaak en/of aangezicht ten gevolge van een ongeval en/of na voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-facial defect).
Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien:
 - de behandeling plaatsvindt in een door de overheidsinstantie als zodanig (voorlopig) erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum, én
 - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, én
 - de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.
- Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat voor de specifieke tarieven die gehanteerd worden betreffende tandheelkundige behandelingen voor extreem angstige volwassenen én kinderen.

20.3 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 19 jaar

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandelingen, met uitsluiting van orthodontische behandelingen, verricht door een tandarts of jeugdandverzorgingsdienst tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar. Onder deze regeling vallen tevens de kosten van tandheelkundige behandelingen bij extreem angstige kinderen.

ARTIKEL 21 Kaakchirurgie/orthodontie/tandheelkundige implantaten

21.1 Kaakchirurgische behandeling

Na schriftelijke verwijzing door de huisarts of tandarts bestaat het recht op vergoeding van de kosten voor chirurgische tandheelkundige hulp volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de kaakchirurgie is ingeschreven. Geen vergoeding wordt verleend voor kaakchirurgische ingrepen die ook door de tandarts kunnen worden verricht.

21.2 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie)

Vergoed worden de kosten van kaakorthopedische behandelingen door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts en verricht in de volgende gevallen:

- a. een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltepleet (cheilo- en/of gnat- en/of palatoschisis)
- b. een kaakorthopedische afwijking in boven- en onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is
- c. een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis cleidocranialis), waarbij één van de symptomen een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak is
- d. een ernstige functionele kaakorthopedische afwijking tengevolge van condylaire groeistoornissen. Indien in verband met een kaakchirurgische behandeling een machtiging is verkregen en de gebitsregulerende behandeling genoemd in lid b, door welke omstandigheid dan ook, niet binnen twee jaar wordt gevolgd door de gemachtigde kaakchirurgische behandeling, is de verzekerde verplicht de reeds vergoede bedragen van de gebitsregulatie terug te betalen. De Maatschappij kan in overleg met de verzekerde een termijn van terugbetaling vaststellen.

Aanspraak op vergoeding van deze kosten bestaat slechts, indien de Maatschappij vóór de aanvang van de behandeling daartoe schriftelijk toestemming heeft gegeven.

21.3 Tandheelkundige implantaten

Vergoed worden de kosten met betrekking tot het plaatsen van tandheelkundige implantaten, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken, tandenloze (edentate) kaak, én
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings-)prothese.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de implantaten door de kaakchirurg of door een tandartsimplantoloog, die staat ingeschreven in het TVSI-register van de Nederlands Vereniging voor Orale Implantologie, worden ingebracht, én
- de Maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goed te keuren behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Vergoedingsregeling bij plaatsing door kaakchirurg

- honorarium kaakchirurg
- de bijkomende ziekenhuiskosten
- honorarium anesthesist (indien van toepassing).

Niet vergoed worden de kosten van de implantaten, de supra-/mesostructuur op de implantaten en de (overkappings)prothese.

Vergoedingsregeling bij plaatsing door tandartsimplantoloog (TSVI-register)

- de van toepassing zijnde i-codes
- 50% van de kosten betreffende de implantaten en de supra-/mesostructuur.

Niet vergoed worden de kosten van de (overkappings)prothese.

21.4 Orthodontische hulp (gebitsregulatie)

Voor verzekerden jonger dan 19 jaar worden na schriftelijke verwijzing door de huisarts of tandarts de kosten van orthodontische behandelingen vergoed tot een maximum van € 1.815,- per verzekerde tijdens de gehele verzekeringsduur.

ARTIKEL 22 Huisartsenhulp

Vergoed worden de kosten van hulp verleend door de huisarts betreffende:

- consult, visite
- (laboratorium)onderzoek en/of behandeling
- de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

ARTIKEL 23 Fysiotherapie

23.1 Fysiotherapie en oefentherapie

De kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door:

- a. een fysiotherapeut waarmee de Maatschappij een overeenkomst gesloten heeft;
- b. een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck
- c. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut, verleend aan kinderen tot 18 jaar tot maximaal 24 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
- d. manuele therapie door een fysiotherapeut tot maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Er komen maximaal 18 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor de manueel therapie bedraagt maximaal het CTG-tarief voor een zitting oefen-therapie César/Mensendieck.

Bij behandeling door een therapeut die geen overeenkomst met de Maatschappij heeft gesloten geldt dat declaratieverkeer plaats vindt op restitutiebasis, dus tussen verzekerde en de Maatschap-pij. Verder geldt er een maximum vergoeding van:

- € 24,50 voor een reguliere zitting
- € 35,50 voor een specialistische zitting
- € 10,70 aan huistoelag
- € 5,40 inrichtingtoelag
- € 42,90 voor een onderzoek (eenmalig)

23.2 Fysiotherapie en oefen therapie (chronische indicatie)

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder-)fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) dan wel oefen therapie César/Mensendieck in verband met een chronische aandoening - overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefen therapie César/Mensendieck, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en welke deel uitmaakt van deze verzekeringsvoorwaarden- bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hier-voor dient vooraf toestemming -waarbij nadere voorwaarden ten aanzien van de behandeling kun-nen worden gesteld- van de Maatschappij te worden gevraagd middels een behandelplanformulier fysiotherapie. Dit formulier behoort verzekerde zelf bij de Maatschappij aan te vragen.

23.3 Diagnosecode

Op de nota's dient te allen tijde de diagnosecode vermeld te worden. Bij ontbreken hiervan kan de nota door de Maatschappij geweigerd worden.

23.4 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- a. behandeling volgens yogaleer, magnetiseren, acupunctuur en lasertherapie
- b. vervoer, verband houdende met fysiotherapie, tenzij met de Maatschappij anders is overeenge-komen
- c. overige therapieën, die niet onder fysiotherapie worden verstaan, zoals: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, fysiotherapeutische begeleiding bij sporthervatting
- d. bandages, tapes, hot- of coldpacks
- e. het afnemen van testen
- f. individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen
- g. trainings-/therapieprogramma's (waaronder o.a. Med-plan)
- h. fysiotherapie op haptonomische basis.

ARTIKEL 24 Logopedie/stottertherapie

24.1 De kosten van 24 behandelingen per kalenderjaar (door een logopedist) op voorschrift van de huisarts of medisch specialist, komen voor vergoeding in aanmerking. De verwijfsbrief (of een kopie hiervan) dient vooraf aan de Maatschappij te worden gezonden. Onder een logopedische behande-ling wordt niet verstaan de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen indien er sprake is van dialect en anderstaligheid en van dyslexie.

Wanneer meer dan 24 behandelingen per kalenderjaar logopedie noodzakelijk zijn, dient vooraf toe-stemming bij de Maatschappij te worden aangevraagd middels een behandelplanformulier logopedie. Dit formulier behoort verzekerde zelf bij de Maatschappij aan te vragen.

24.2 Op voorschrift van de huisarts of specialist worden de kosten van stottertherapie volgens de methode “Del Ferro” vergoed tot een maximum van € 454,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur.

ARTIKEL 25 Overige paramedische hulp

25.1 Chiropractie

Maximaal worden 12 behandelingen door een chiropractor per verzekerde per kalenderjaar vergoed met een maximum van € 27,- per behandeling.

25.2 Ergotherapie

Uitsluitend na verwijzing door de behandelend arts worden de kosten van maximaal 24 behandelingen enkelvoudige extramurale ergotherapie per verzekerde per kalenderjaar vergoed. Enkelvoudige extramurale ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis of ziekenhuis, bij de verzekerde thuis dan wel in de behandelruimte van genoemde instellingen. De vergoeding bedraagt per 15 minuten behandelijd het door het CTG vastgesteld tarief. Voor de behandeling van een verzekerde aan huis kan per bezoek maximaal éénmaal het vastgestelde CTG-tarief in rekening worden gebracht, ongeacht de duur van de behandeling.

ARTIKEL 26 Overige therapeutische hulp

26.1 Podotherapie

Op voorschrift van de huisarts of specialist wordt per verzekerde éénmaal per 12 maanden een bijdrage van € 68,- verleend in de kosten voor onderzoek dan wel behandeling door een podotherapeut. Niet vergoed worden:

- de voorgeschreven prothesen
- behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure, behalve in geval van diabetes mellitus (suikerziekte).

26.2 Elektrische epilatie

Mits de kosten per vrouwelijke verzekerde meer dan € 182,- per 12 maanden bedragen én hierbij vooraf toestemming door de Maatschappij is gegeven én de behandeling geschiedt op voorschrift van de huisarts of specialist, waaruit duidelijk de medische noodzaak blijkt, vergoedt de Maatschappij de kosten van elektrische epilatie door een door de Maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder, met een maximum van € 1.134,- tijdens de gehele verzekeringsduur.

26.3 Psoriasisbehandeling

Na verwijzing door de huisarts of dermatoloog, en na voorafgaande toestemming van de Maatschappij wordt vergoeding van de kosten verleend voor behandeling in een in Nederland gevestigd psoriasisdagbehandelingscentrum. De vergoeding bedraagt 80% van de kosten, met een maximum van € 454,- per verzekerde per 12 maanden. Geen uitkering wordt gedaan voor de reiskosten naar en van de plaats alwaar de behandeling plaatsvindt.

Bij UVB-thuisbelichting vergoedt de Maatschappij 80% van de huurkosten met een maximum van € 227,- per kalenderjaar. Indien de verzekerde besluit tot aankoop van de apparatuur vergoedt de Maatschappij éénmalig per 60 maanden vanaf datum aankoop € 454,- onder aftrek van de reeds uitgekeerde huurkosten.

ARTIKEL 27 Second opinion

Vergoed worden de kosten voor het raadplegen van een andere specialist, indien de behandelend specialist een operatieve ingreep heeft voorgesteld.

ARTIKEL 28 Abortus/sterilisatie

Vergoed worden de kosten van abortus en sterilisatie in een ziekenhuis.

Bij sterilisatie van de man wordt vergoeding van kosten verleend tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling.

ARTIKEL 29 tot en met ARTIKEL 35 zijn niet van toepassing op deze verzekeringsvoorwaarden.

ARTIKEL 36 Zorgaanspraken AWBZ

Vergoed worden de kosten die bij of krachtens de voorwaarden van de AWBZ zijn gesteld ter voorkoming van ziekte en ter voorziening van geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging.

Tot de in de AWBZ opgenomen zorgaanspraken behoren de kosten van:

- a. algemene geneeskundige verzorging in een ziekenhuis vanaf de 366ste dag
- b. verpleging en verzorging in een inrichting voor lichamelijk gehandicapten
- c. thuiszorg
- d. klinische revalidatiezorg vanaf de 366ste dag
- e. geestelijke gezondheidszorg, waaronder:
 - verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis
 - hulp van een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
 - hulp van een regionale instelling voor beschermd wonen
 - niet-klinische psychiatrische hulp
- f. zorg voor zintuiglijk gehandicapten
- g. zorg voor verstandelijk gehandicapten
- h. zorg bestaande uit georganiseerde preventie.

ARTIKEL 37 Buitenland

Spoedeisende behandeling bij verblijf in het buitenland

37.1 Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek niet voorziene geneeskundige hulp gedurende tijdelijk verblijf van ten hoogste zes maanden in het buitenland met inachtneming van het gestelde in lid 2 van dit artikel.

In geval van een ziekenhuisopname wordt de vergoeding beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval.

37.2 Bij medische behandeling tijdens verblijf in landen buiten Europa wordt een bedrag uitgekeerd, zijnde maximaal 200% van de kosten die bij soortgelijke behandeling in Nederland krachtens de verzekeringsvoorwaarden zouden zijn vergoed.

37.3 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met een opname en/of medische behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van een verblijf in het buitenland en evenmin wanneer de verzekerde bij zijn vertrek naar het buitenland de noodzaak van een medische behandeling redelijkerwijze had kunnen voorzien, tenzij anders met de Maatschappij is overeengekomen.

37.4 Vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag, waarop de behandeling in het buitenland plaatsvond.

37.5 Uitsloten van deze dekking is de reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

37.6 Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Woonachtig in Nederland, medische behandeling in een andere lidstaat van de EU/EER

37.7 Medische behandeling in een andere EU/EER-lidstaat (na voorafgaande toestemming):

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met hulp in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende hulp in de zin van artikel 37.1, tot ten hoogste 100% van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zou zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoedingen en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.
- b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland. In ieder geval dient voor de behandeling vooraf een schriftelijke machtiging van de Maatschappij te zijn ontvangen, zonder de welke er geen vergoeding van kosten zal kunnen plaatsvinden.

ARTIKEL 38 Internationale hulpverlening

Mits medische redenen hieraan ten grondslag liggen en/of de noodzaak kan worden aangetoond kan verzekerde rechten doen laten gelden op:

38.1 Medische bijstand en repatriëring van verzekerden

Bij ernstige ziekte of ongeval in het buitenland belt of laat de verzekerde bellen naar de alarmcentrale in Nederland:

Alarmcentrale

Telefoon: + 31 (0)50-523 47 90

Indien de artsen het medisch vervoer van de verzekerde naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis, respectievelijk het repatriëren voorstellen, dan zal de alarmcentrale zich hiermee belasten. Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval zal de goedkeuring van het medisch team van de alarmcentrale vooraf gaan aan het transport. De alarmcentrale belast zich met de repatriëring van de verzekerde kinderen beneden 16 jaar, wanneer degenen die in het buitenland zorg voor hen dragen, hiertoe ten gevolge van ziekte of ongeval niet in staat zijn.

38.2 Hulpverlening in het buitenland

Voorschot van geneeskundige kosten.

Bij ziekenhuisopname van de verzekerde in het buitenland zal de alarmcentrale stappen ondernemen, teneinde directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal de alarmcentrale deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito door de Maatschappij wordt afgegeven. De alarmcentrale zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van de ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of de declaraties van de geneeskundige kosten correct zijn.

38.3 Repatriëring na overlijden

Bij overlijden van een verzekerde belast de alarmcentrale zich met alle formaliteiten ter plaatse en met transport tot in Nederland. Wordt hiervan geen gebruik gemaakt, dan bestaat recht op vergoeding van de begrafeniskosten ter plaatse en van de kosten van vervoer van de familieleden in de eerste en tweede graad c.q. duurzaam samenlevend persoon, tot ten hoogste het bedrag dat zou zijn uitgespaard bij het niet-vervoeren van het stoffelijk overschot naar de woonplaats en met een maximum van € 5.672,-.

38.4 Geldigheidsgebied bijzondere aanspraken

- a. In Nederland wonende verzekerden. De uitkeringen en diensten zoals bij de bijzondere aanspraken zijn vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden wanneer zij reizen in de gehele wereld met uitzondering van Nederland
- b. Buiten Nederland wonende verzekerden. De uitkeringen en diensten zoals bij de bijzondere aanspraken zijn vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden wanneer zij reizen in de gehele wereld met uitzondering van het land waarin hun woonplaats is gelegen
- c. Vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel tegen de wisselkoers die bij de Nederlandsche Bank gold op de dag waarop de behandeling in het buitenland plaatsvond.

38.5 Hulpverlening door een andere alarmcentrale

Kosten voor de hulpverlening via een andere alarmcentrale dan de door de Maatschappij aangewezen alarmcentrale, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 39 Klasseverzekering

De klasseverzekering is aanvullend op de hoofdverzekering. Verzekerde heeft recht op vergoeding van de meerkosten wegens verpleging volgens de verpleegprijs voor de verzekerde klasse. Indien de verzekerde in een ziekenhuis in een lagere dan de verzekerde klasse wordt verpleegd, vergoedt de Maatschappij op verzoek € 23,00 per ligdag, tot een maximum van 15 ligdagen per opname.

