

Aanvullende Verzekering AV+

Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2003 voor ziekenfondsverzekerden

Inhoudsopgave

Artikel

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Dekking
- 3 Uitsluitingen
- 4 Grondslag van de verzekering
- 5 Verplichtingen
- 6 Schade
- 7 Ingang, duur en einde van de verzekering
- 8 Premie
- 9 Herziening van premie en voorwaarden
- 10 Persoonsgegevens
- 11 Geschillen

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 Acupuncturist: Een in Nederland gevestigde acupuncturist die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA), het Nederlandse Genootschap van Acupunctuur (NGVA), de Nederlandse Werkgroep Praktijzjns (NWP) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.2 Antroposofisch arts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.3 Apotheker: 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.

1.4 Arts: Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.5 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.

1.6 AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

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 verzekeraar 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 erfelijkheidsadvisering.

1.9 Centrum voor bijzondere tandheelkundige hulp: Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige 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 een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.11 Dagverpleging: Korter 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 Dekking: De in artikel 2 genoemde verstrekkingen.

1.13 Diëtist: Een in Nederland vrijgevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

1.14 Drogist: Een in Nederland gevestigde drogist in het bezit van:

- a. het Vakdiploma drogist van de Stichting Pharmacon;
- b. een geneesmiddelenvergunning afgegeven door het terzake bevoegde Ministerie.

1.15 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.

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

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

1.18 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.

1.19 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.

1.20 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.

1.21 Geregistreeerde 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.

1.22 Gezin: Tot het gezin behoren:

- twee gehuwden dan wel twee personen die buiten echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van verzekeraar; de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990;
- een alleenstaande met een of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

1.23 GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

1.24 Herstellingsoord: Een in Nederland gevestigd herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ-instelling. De herstellingsoorden die onder deze regeling vallen zijn: "Daidalos" te Driebergen, "De Kim" te Noordwijk aan Zee, "Overbosch" te Hilversum, "De Wiltzangk" te Bilthoven en "Het Wilhelminahuis" te Valburg of een daartoe bevoegd oord, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.25 Homeopaat: Een in Nederland gevestigde homeopaat, die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG), Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopathen (NVKH), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP) of de Vereniging Beter Natuurlijk (VBN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.26 Hoofdverzekering: De door verzekeraar 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 Geové zorgverzekeraar, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij verzekeraar kunnen worden afgesloten.

1.27 Huidtherapeut: Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van het diploma huidtherapeut van de hogeschool van Utrecht of Eindhoven en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.28 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

Nederlandsche 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.

1.29 Hulp in natura: Aanspraken waarbij door of namens verzekeraar een dienst wordt verleend of verstrekkingen worden geleverd.

1.30 Hulpmiddelen: De hulpmiddelen die limitatief in de Bepaling Hulpmiddelen van verzekeraar zijn opgenomen.

1.31 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.

1.32 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 een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

1.33 Kraamcentrum: Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door verzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling.

1.34 Kraamzorg: De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

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

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

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

1.38 Manueel Arts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.39 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 een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

1.40 Medisch adviseur: De door verzekeraar aangewezen arts die verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

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

1.42 Arts-Moermantherapeut: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.43 Mondhygiënist: Een in Nederland vrijgevestigd en gediplomeerd mondhygiënist(e) die voldoet aan door verzekeraar gestelde kwaliteitscriteria en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.44 Natuurgeneeskundige: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.45 Neuraaltherapeut: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.46 Oedeemtherapeut: 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 een door de Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN/KPZ) aangewezen register.

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

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

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

1.50 Orthomoleculaire geneeskundige: Een in Nederland gevestigde Orthomoleculaire geneeskundige die arts is en aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.51 Osteopaat: Een in Nederland gevestigde Osteopaat die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Osteopathie (NVO) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.52 Overgangsconsulent: Een in Nederland gevestigde overgangsconsulent die beschikt over het opleidingscertificaat van de organisatie 'Care for Women' of een daartoe bevoegde zorgaanbieder,

die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.53 Parodontoloog: Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Parodontologie en erkend is door het Consilium Parodontologicum.

1.54 Podoposturaal therapeut: Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut, voor zover aangesloten bij de Omni Podo Genootschap of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.55 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.

1.56 Privé-kliniek: Zie zelfstandig behandelcentrum.

1.57 ProVé B.V.: Een reïntegratiebedrijf dat is gespecialiseerd in het herplaatsen van verzuimende arbeidsongeschikte of arbeidsgehandicapte (ex)werknemers.

1.58 Psychologische hulpverlener: Eerstelijnspsycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog.

GZ-psycholoog: Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog die is afgestudeerd in de psychologie en die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en werkzaam is in de eerste lijn. Orthopedagogen vallen niet onder deze omschrijving.

Alternatieve psychologische hulpverlener: Een in Nederland gevestigde hulpverlener die is aangesloten bij het Nederlands Verbond van Psychologen en Agogen (NVPA), Vereniging van Haptotherapeuten (VVH), Nederlandse Vereniging van Postural Integration-therapeuten (NVPIT) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

1.59 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.

1.60 Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische 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.

1.61 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.

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

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

1.64 Sportarts: Een in Nederland gevestigde sportarts die als zodanig erkend is door het College van de Sociale Geneeskunde (SCRG).

1.65 Sport Medisch Adviescentrum (SMA): Een door het NOC*NSF erkend Sport Medisch Adviescentrum.

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

1.67 Tandprotheticus: Een in Nederland gevestigde en gediplomeerde tandprotheticus die voldoet aan de door verzekeraar gestelde kwaliteitscriteria en op grond daarvan als zodanig door verzekeraar is erkend.

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

1.69 Verzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij Geové U.A.

1.70 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.

1.71 Verzekeringnemer: Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

1.72 Verzekeringsduur: De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.

1.73 Vroegsignalering: Door middel van Vroegsignalering wordt bij langdurig verzuim door arbeidsongeschiktheid inzicht gegeven in de kans op hervatting van het eigen werk, de kans op vervangend werk dan wel de kans aanspraak te gaan maken op de WAO.

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

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

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

1.77 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.

1.78 Zorgmakelaar: De Zorgmakelaar van verzekeraar.

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

2. DEKKING

De AV+ is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

Zorg die vanuit de AV+ wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2.8.

Machtiging

Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door verzekeraar. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Verzekeraar kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

De aanvullende verzekering omvat de volgende verstrekkingen:

2.1 Camouflagetherapie: een eenmalige vergoeding van € 192,85 en daarna een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

2.2 Elektrisch epileren van het gelaat: bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epileren is, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

2.3 Epileren door middel van Licht/Lasertherapie van het gelaat*: Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

2.4 Enuresis (plas)wekker*: een vergoeding van 100% van de kosten van de huur van het apparaat, alsmede de bandages.

2.5 Tandheelkundige hulp: de verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts.

Verstrekking	Vergoeding
R20 Gegoten metalen kroon	€ 188,32
R25 Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€ 188,32
R26 Jacketkroon metschouderpreparatie	€ 188,32
R27 Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€ 188,32
R28 Endokroon, indirect vervaardigd	100%
R29 Roestvrijstalen kroon	100%
Ro8 1 vlaks inlay composiet	€ 113,45
R11 1 vlaks inlay	€ 113,45
Ro9 2 vlaks inlay composiet	€ 122,52
R12 2 vlaks inlay	€ 122,52

R10	3 vlaks inlay composiet	€ 156,55
R13	3 vlaks inlay	€ 156,55
R40	Eerste dummy	€ 188,32
R45	Volgende dummy	€ 188,32
R31	Opbouw plastisch materiaal	€ 21,78
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	€ 68,07
R33	Gegoten opbouw directe methode	€ 68,07
R60	Etsbrug zonder preparatie	€ 113,45
R61	Etsbrug met preparatie	€ 113,45
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€ 20,42
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€ 11,80
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€ 83,95
R79	Labiale veneering met preparatie	€ 83,95
P10	Partiële prothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	€ 24,96
P15	Partiële prothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	€ 35,86
P34	Frame prothese 1-4 elementen	€ 249,58
P35	Frame prothese 5-13 elementen	€ 340,34
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€ 13,61
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€ 13,61
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€ 13,61
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€ 13,61

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

Per kalenderjaar komen voor de gezamenlijke kosten van inlays, etsbruggen, kronen en brug(tussen)delen, tot ten hoogste 6 elementen voor vergoeding in aanmerking.

Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

2.5.1 Orthodontische hulp:

Voor kinderen jonger dan 18 jaar wordt per behandelmaand € 6,81 vergoed. Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaarkorthopedische hulp ontvangen wordt € 13,61 voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed. Voor verzekerden vanaf 18 jaar bedraagt de vergoeding € 15,88 per maand.

2.6 Mamma-prothesen: een aanvullende vergoeding op de bijdrage krachtens de hoofd-verzekering tot maximaal € 34,03.

2.7 Vergoeding eigen bijdragen orthopedisch schoeisel: een aanvullende vergoeding van maximaal € 45,38 op de productgebonden eigen bijdragen die krachtens de Regeling Hulpmiddelen, zoals door verzekeraar is vastgesteld, worden gevraagd voor orthopedisch schoeisel en allergeenvrije schoenen.

2.8 Buitenland:

2.8.1 De verzekerde kan aanspraak maken op:

2.8.1.a Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende zorg, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen, gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland, op basis van kostprijs (verzekerde klasse).

2.8.1.b Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland.

Het bijzondere vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van een verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

2.8.1.c De kosten van vervoer op basis van kostprijs, van een stoffelijk overschot van de plaats van overlijden, zowel binnen als buiten Europa, naar Nederland.

2.8.1.d De kosten van zorgverlening uitgevoerd door de ANWB Alarmcentrale in verband met vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

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

2.8.2 Voorwaarden voor de buitenlanddekking:

- a. De zorgverlening dient een spoedeisend karakter te hebben en kan niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- b. De zorgverlening mag niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om een behandeling te ondergaan.
- c. Bij vertrek naar het buitenland was behandeling niet te voorzien.
- d. De zorgverlening is door of na goedkeuring van de ANWB Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp, apothekershulp en, voor zover onder de dekking vallend, tandheelkundige hulp.
- e. De verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de ANWB Alarmcentrale telefoon: +31 (0)50 5234790 ingeschakeld.
- f. De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel van arts) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- g. Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- h. Er bestaat geen dekking indien de ziekenfondsverzekering van de verzekerde bestaat op basis van een vrijwillige overbrugging en verzekerde in een niet-verdragsland overeenkomstig de Ziekenfondswet verblijft.

2.8.3 Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet de verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.

2.8.4 De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.

Woonachtig in Nederland, zorg in een andere lidstaat van de EU/EER:

2.8.5 Medische zorg in een andere EU/EER-lidstaat*:

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met zorg in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende hulp in de zin van artikel 2.8.1.a 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. Verzekerde wordt aanbevolen in een voorkomend geval vooraf met verzekeraar contact op te nemen, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

2.9 Vergoeding voor kosten alternatieve behandelwijzen:

2.9.1 Voor de kosten van de volgende alternatieve behandelaars wordt een vergoeding verleend volgens het bepaalde in artikel 2.9.4:

- a. Acupuncturist;
- b. Antroposofisch arts;
- c. Chiropractor;
- d. Homeopaat;
- e. Manuele arts;
- f. Arts-Moermantherapeut;
- g. Natuurgeneeskundige;
- h. Neuraaltherapeut;
- i. Orthomoleculaire geneeskundige;
- j. Osteopaat.

2.9.1.1 Antroposofische therapieën, na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig erkend:

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Euritmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

2.9.2 Indien de in 2.9.1 genoemde behandelaar arts is handelt als zijnde huisarts van de verzekerde en uit dien hoofde de kosten reeds vergoed (kunnen) worden vanuit een van de hoofdverzekering van verzekeraar, bestaat geen recht op vergoeding.

2.9.3 Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregistreerde geneesmiddelen en voedings-supplementen indien deze zijn voorgeschreven door een in artikel 2.9.1 genoemde behandelaar, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

2.9.4 De vergoeding bedraagt 100% tot maximaal € 499,16 per kalenderjaar. Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

2.9.5 In afwijking van de voorgaande bepalingen worden geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor 100% vergoed wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheekhoudende huisarts worden betrokken en
- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld en
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvergunning, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

2.10 Psychologische hulpverlening:

De kosten van consulten of kortdurende behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten en behandelingen tezamen. Er wordt geen vergoeding verleend als er gelijktijdig een AWBZ-gefinancierde therapie plaatsvindt. Onder alternatieve psychologische hulpverlening wordt verstaan: Gestalttherapie, Haptotherapie, Biodynamische therapie, Creatieve therapie, Biografische gesprekken, Psychosynthese therapie, Postural Integration, Neo-Reichiaanse therapie en Rouw- en Verliesverwerking.

2.11 Rolstoelvervoer: indien de verzekerde voor rolstoelvervoer een eigen bijdrage verschuldigd is, wordt per kalenderjaar een vergoeding verleend van maximaal deze eigen bijdrage.

2.12 Stottertherapie*: een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut "De Pauw" op basis van € 340,34 voor de gehele verzekeringsduur. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief van het openbaar vervoer. Het recht op vergoeding bestaat alleen nadat reguliere logopedische hulp aantoonbaar onvoldoende effect heeft gehad.

2.13 Sport Medisch Adviescentrum (SMA): vergoeding van SMA-consult/behandeling inzake sportblessure met een maximum van twee consulten/behandelingen per kalenderjaar. De vergoeding voor het eerste consult/behandeling bedraagt maximaal € 31,76 en voor het tweede consult/behandeling maximaal € 20,42.

2.14 Balneo-fototherapie: vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog.

Verzekeraar bepaalt of de verzekerde voor behandeling in aanmerking komt. Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. De verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,26.

Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is de verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer.

2.15 Reumakuurreis: vergoeding van deelname aan een reumakuurreis georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis of M. Bechterew. Bij deelname is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.16 Hydrotherapie: een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale vereniging voor fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,13 per kalenderjaar.

2.17 Vakantiekampen/therapeutische kampen:

2.17.1 Vakantiekamp:

Een tegemoetkoming van € 4,99 per dag gedurende maximaal twee weken per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.17.2 Therapeutisch kamp:*

Een tegemoetkoming van ten hoogste € 6,81 per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een astmatisch kind aan een therapeutisch kamp, op advies van de huisarts of specialist, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.18 Juridische hulp in natura bij ongevallen: voor het verhalen van niet-medische kosten, voortvloeiend uit een ongeval veroorzaakt door een (eventueel aansprakelijke) derde, heeft de verzekerde recht op juridische hulp in natura, verstrekt door verzekeraar. De advocaat van verzekeraar bepaalt of een verhaalsprocedure zinvol is. Verzekeraar bepaalt of de hulp in natura verstrekt zal worden. De juridische hulp in natura telt niet mee terzake een eventueel eigen risico. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de brochure JHBO. Deze brochure is op aanvraag verkrijgbaar.

2.19 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck*: terzake fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck geldt dat, aanvullend op de vergoedingsregeling van de hoofdverzekering, recht bestaat op vergoeding van maximaal 9 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Na toestemming is een verlenging mogelijk of deelname aan individuele zelfzorgconsulenten van Step Stichting Ergonomie & Preventie. Eventuele kosten van vervoer worden niet vergoed.

2.20 Gezichtshulpmiddelen: voor de kosten van brillenglazen en contactlenzen wordt een vergoeding verleend van ten hoogste € 68,07 per brillenglas of maximaal € 136,13 voor contactlenzen. Deze vergoeding kan eenmaal per 3 kalenderjaren worden verleend. Indien zowel contactlenzen als brillenglazen zijn geïndiceerd bestaat slechts recht op vergoeding van, naar keuze, een van beide hulpmiddelen.

Gekleurde glazen en lenzen worden niet vergoed.

2.21 Communicatiemiddel: ingeval van zwangerschap van de verzekerde, bestaat recht op vergoeding van de kosten van een oproepontvanger (semafoon). De vergoeding bedraagt € 0,40 per dag gedurende maximaal 60 dagen. Een aanvraagkaart voor een semafoon is verkrijgbaar bij verzekeraar.

2.22 Kraamzorg: indien en zolang recht bestaat op een vergoeding voor rekening van een van de hoofdverzekeringen van verzekeraar wordt:

2.22.1 in geval van kraamzorg, verleend door een erkend kraamcentrum, ingaande op de dag van de bevalling, een vergoeding verleend ter hoogte van de wettelijke eigen bijdrage die de verzekerde verschuldigd is. Het aantal uren kraamzorg wordt in overleg met het kraamcentrum vastgesteld.

2.22.2 in geval van poliklinische bevalling in een erkend ziekenhuis een vergoeding verleend ter hoogte van de eigen bijdrage die de verzekerde voor het gebruik van de verloskamer verschuldigd is.

2.22.3 Verzekeraar verstrekt een door verzekeraar op voorschrift van een door verzekeraar erkende instelling samengesteld medische kraampakket. Een aanvraagkaart voor een kraampakket is verkrijgbaar bij verzekeraar.

2.22.4 Kraamzorg na couveuse-opname:

Indien door een ziekenhuisopname ten gevolge van couveuse-opname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met de kraamzorginstelling recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling.

2.22.5 Kraamzorg bij adoptie:

Indien een baby wordt geadopteerd welke jonger is dan 3 maanden en geen recht bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat recht op kraamzorg van maximaal 12 uren.

2.23 Herstellingsoord: indien medisch noodzakelijk worden de werkelijke kosten van verpleging in een van de in de Begripsomschrijvingen genoemde herstellingsoorden vergoed tot ten hoogste € 45,38 per verpleegdag tot maximaal € 1361,34 per verzekerde per kalenderjaar.

2.24 Steunzolen: eenmaal per 2 kalenderjaren wordt een vergoeding verleend van maximaal € 45,38 in de aanschaffingskosten van steunzolen, respectievelijk zolen verstrekt in het kader van een behandeling als genoemd in artikel 2.26 of artikel 2.27.

2.25 Elastische kousen: vergoeding van één paar elastische kousen per 18 maanden gerekend vanaf datum levering. Aanspraak op vergoeding bestaat slechts indien hiervoor een indicatie bestaat van waaruit de hoofdverzekering zou overgaan tot vergoeding. De hoogte van de vergoeding is gelijk aan de vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

2.26 Podologie*: een vergoeding van 80% van de kosten van podologische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een door verzekeraar gecontracteerde podoloog of podoposturaaltherapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.27 Podotherapie*: een vergoeding van 80% van de kosten van podotherapeutische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een podotherapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.28 Reiskosten ziekenbezoek: indien een verzekerde langer dan 2 maanden is opgenomen in een onder de Ziekenfondswet vallende instelling, niet zijnde een opname ten laste van de AWBZ, welke op ten minste 40 kilometer afstand van het woonadres is gelegen, bestaat na deze twee maanden een mogelijkheid van vergoeding van maximaal 3 bezoeken van gezinsleden per opnameweek.

De hoogte van de vergoeding bedraagt € 0,20 per kilometer. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt gerekend volgens de kortste weg. Reiskosten in verband met een bezoek aan een in het buitenland gelegen instelling worden niet vergoed.

2.29 Acnébehandeling*: volledige vergoeding per verzekerde van de in rekening gebrachte kosten in verband met een acnébehandeling; eenmalig voor de gehele verzekeringsduur tot een bedrag van maximaal € 181,51. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts. Bij tijdelijke onderbreking (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

2.30 Bijzondere voedingsmiddelen*: in bijzondere gevallen ter beoordeling van de medisch adviseur kan een vergoeding worden verleend voor vloeibaar voedsel tot ten hoogste € 272,27 per kalenderjaar.

2.31 Second opinion*: de kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist dan de behandelend specialist worden vergoed.

2.32 Ronald McDonald huis en familiehuis Daniel den Hoed: indien een verzekerde wordt opgenomen in een kliniek waardoor (één van) de ouders, of andere verzorgende gezinsleden, verblijven in een Ronald McDonald huis of het familiehuis Daniel den Hoed, verleent verzekeraar een vergoeding van € 11,34 per dag, gedurende het bedoelde verblijf.

2.33 Vervoer Pisa*: reiskosten voor een begeleider van een verzekerde, die voor rekening van verzekeraar een behandeling in Pisa ondergaat, worden vergoed op basis van de kosten van een retourvlucht laagste klasse.

2.34 Kinderopvang*: bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de bij verzekeraar verzekerde verzorgende ouder in een ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op opvang van bij verzekeraar verzekerde kinderen jonger dan 14 jaar. De kinderopvang geldt maximaal drie maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar gedurende maximaal negen aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis. Vergoeding vindt uitsluitend plaats in natura. Dat wil zeggen dat de kinderopvang wordt geregeld door de Zorgmakelaar. Er bestaat geen recht op kinderopvang ingeval van opname wegens bevalling, revalidatie of bij opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend.

2.35 Vroegsignalering: verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

3. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

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

3.2 Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst 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;

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

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

3.4.2 De uitsluiting onder 3.4.1 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);

3.4.3 Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 3.4.2 geen toepassing;

3.5 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;

3.6 Voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;

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

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

3.9 Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekeringsovereenkomst 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 verzekeraar vóór de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en verzekeraar bij het aanvaarden van de verzekeringsovereenkomst 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.

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

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

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

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

3.14 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.

4. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

4.1 Tot de aanvullende verzekering kunnen toetreden degenen die krachtens een hoofdverzekering zijn of worden verzekerd bij verzekeraar.

4.2 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de door de verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit.

Verwijzing, onvolledige en onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

4.3 De verzekering wordt onder dezelfde condities aangegaan en gehandhaafd voor alle leden van het gezin voor zover niet anders overeengekomen.

5. VERPLICHTINGEN

5.1 Verplichtingen bij wijzigingen: De verzekerde is verplicht binnen twee maanden aan de verzekeraar schriftelijk mededeling te doen van iedere wijziging in de omstandigheden in het gezin die voor de verzekering van belang kan zijn, zoals huwelijk, geboorte, overlijden, adreswijziging en dergelijke; aan de verzekeraar tijdig alle inlichtingen te verschaffen, die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht.

De verzekerde moet erop toezien dat op de polis de noodzakelijke wijzigingen worden aangebracht.

Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichtingen zijn voor risico van de verzekerde. Mededelingen, door de verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

5.2 Verplichtingen bij uitkering rechtstreeks aan de zorgaanbieder: Indien verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten vergoedt aan de zorgaanbieder, zulks met inbegrip van een (deel van) het eigen risico of (een deel van) een eigen bijdrage, is de verzekeringnemer verplicht dit door hem verschuldigde bedrag op eerste verzoek aan verzekeraar te voldoen, binnen de daarvoor gestelde termijn.

5.3 Gevolgen van niet voldoen aan de verplichtingen: De verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van verzekeraar geschaad kunnen worden.

Indien de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van verzekeraar zijn geschaad, vervalt elk recht op vergoeding.

6. SCHADE

6.1 De verzekerde is verplicht de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is

gehouden, uiterlijk 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij verzekeraar in te dienen. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn.

6.2 Rekeningen die na 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij verzekeraar zijn ingediend, komen niet meer voor uitkering in aanmerking.

6.3 Binnen zes weken na de vaststelling van de uitkering, zal verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen.

Als de 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.

6.4 Indien en voor zover verzekeraar meer vergoedt dan de officieel goedgekeurde tarieven, wordt de verzekerde geacht verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van verzekeraar, van het door de verzekerde teveel betaalde.

6.5 Indien betalingen aan anderen dan de verzekerden worden gedaan is verzekeraar rechtsgeldig gekwet.

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

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

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

6.9 Vergoedingen die worden geclaimd op basis van mondelinge of telefonische toezegging en verder gaan dan de reikwijdte van de verzekeringsvoorwaarden worden alleen dan vergoed indien verzekeraar dit schriftelijk heeft bevestigd aan de verzekerde.

6.10 Aansprakelijkheid van derden

6.10.1 De verzekerde is verplicht verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een mogelijk aansprakelijke derde.

Indien sprake is van ziekte, ongeval of letsel waarbij een mogelijk aansprakelijke derde is betrokken, dient de verzekerde hiervan onmiddellijk aangifte te doen bij de politie, alsmede verzekeraar onmiddellijk te informeren.

6.10.2 In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van verzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor verzekeraar in haar belangen kan worden geschaad.

7. INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

7.1 Ingang en duur van de verzekering:

7.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de aanvullende verzekering wordt

aangevraagd samen met de hoofdverzekering zal de aanvullende verzekering ingaan op dezelfde dag als de hoofdverzekering.

7.1.2 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de aanvullende verzekering wordt aangevraagd en de verzekerde zich verplicht heeft per de eerstvolgende datum waarop dat mogelijk is, zulks ter beoordeling van verzekeraar, een hoofdverzekering te sluiten bij verzekeraar, zal de aanvullende verzekering ingaan op de dag waarop de aanvraag voor de aanvullende verzekering is binnengekomen bij verzekeraar.

7.1.3 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde en indien de aanvullende verzekering wordt aangevraagd nadat de hoofdverzekering is ingegaan, zal de aanvullende verzekering op de eerste van de maand, volgend op de maand waarin de aanmelding bij verzekeraar is binnengekomen, ingaan. Er geldt een wachttijd van 4 maanden alvorens het recht op vergoeding aanvangt.

7.1.4 De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat zij tenminste voor de duur van twee kalenderjaren moet worden aangegaan. Verzekeringen aangevangen in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de duur van dat jaar en van de daarop volgende twee kalenderjaren aangegaan.

7.2 Einde van de verzekering:

7.2.1 De verzekerde kan door opzegging zijn verzekering beëindigen op 1 januari van het jaar volgende op het jaar, waarin de opzegging plaats heeft, mits de verzekering op dat tijdstip tenminste twee kalenderjaren heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 november, behoudens het bepaalde in artikel 9.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. De opzegging dient per aangetekend schrijven te geschieden.

7.2.2 Verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.2 of artikel 8.7 van deze verzekeringsvoorwaarden of indien de verzekeringnemer of verzekerde zich jegens verzekeraar schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling of andere ernstige misdragingen. In die gevallen zal de verzekering eindigen op de dag, waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden.

7.2.3 De verzekering eindigt op hetzelfde moment als de hoofdverzekering.

7.2.4 Vanaf de datum van beëindiging der verzekering vervalt elke aanspraak op vergoeding.

7.2.5 Een wijziging van de verzekering op verzoek van de verzekeringnemer is slechts mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe, door middel van een door verzekeringnemer ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier is ingediend en nadat verzekeraar de wijziging heeft goedgekeurd. Bij wijziging wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

7.2.6 Indien de verzekering binnen 12 maanden na beëindiging wordt hervat wordt de verzekering geacht niet te zijn onderbroken.

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

8. PREMIEBETALING

8.1 De verzekeringnemer is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor de op de polis verzekerde gezinsleden, met uitzondering van de gezinsleden die de leeftijd van 16 jaar nog niet bereikt hebben.

8.2 Bij het aangaan van de verzekering is voor de lopende kalendermaand geen premie verschuldigd. Bij beëindiging van de verzekering is voor de lopende kalendermaand de volledige premie verschuldigd.

8.3 De premie wordt door verzekeraar vastgesteld en op een door de verzekeraar te bepalen wijze ter kennis gebracht aan de verzekeringnemer.

8.4 Het niet incasseren van de premie door verzekeraar ontslaat de verzekeringnemer niet van de verplichting tot tijdige premiebetaling.

8.5 Bij niet-betaling van de premie binnen een maand na de vervaldag, vervalt het recht op uitkering, waarbij de verplichting tot premiebetaling onverminderd blijft bestaan.

8.6 Het verval van recht op uitkering wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie verschuldigd was.

Als de achterstallige premie alsnog door verzekeraar wordt aanvaard, gaat het recht op uitkering weer in op de dag volgende op die, waarop deze premie ten kantore van verzekeraar is voldaan. Verzekeraar kan aan het bedoelde herstel van het recht op uitkering de voorwaarde verbinden, dat de premie over de periode tot aan de eerstvolgende opzegmogelijkheid, in één keer op voorhand betaald dient te worden.

8.7 Indien het recht op uitkering om bovengenoemde reden is vervallen, is verzekeraar bevoegd de verzekering op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, waarbij de verplichting tot premiebetaling onverminderd blijft bestaan.

8.8 Indien verzekeraar overgaat tot invordering van de verschuldigde premie, zijn alle daaronder vallende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd.

9. HERZIENING VAN PREMIE EN VOORWAARDEN

9.1 Verzekeraar houdt zich het recht voor om en bloc of groepsgewijs:

- a. de verzekeringsvoorwaarden te allen tijde te wijzigen;
- b. de premies te verhogen zodra zij van oordeel is, dat de uitgaven zodanig zijn gestegen of zullen stijgen, dat deze niet door de geldende premies worden of zullen worden gedekt.

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

9.3 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.

9.4 Verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen aan de verzekerde meedelen.

9.5 Verzekerde, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen. De verzekerde moet hiervan bij aangetekend schrijven mededeling doen aan verzekeraar. Dit schrijven moet zijn ontvangen:

- a. voor bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 9.4 ten minste een maand voor de datum van ingang is geschied;
- b. binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 9.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.

9.6 Indien de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de Overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 9.5 niet van toepassing.

9.7 Het bepaalde in artikel 9.5 is niet van toepassing indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

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

10. PERSOONSgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door verzekeraar gebruikt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens gebruikt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie of om te informeren over relevante producten en diensten. Voor nadere informatie kan de website www.geove.nl worden bezocht.

11. GESCHILLEN

11.1 Indien verzekerde zich niet met een beslissing van verzekeraar 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 verzekeraar, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 64 9700 MD te Groningen. Verzekeraar 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 verzekeraar te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door verzekeraar.

11.2 Verzekerde kan, nadat door verzekeraar haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of ingeval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht verzekeraar niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

11.3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.