

Free Livingpolis

Verzekeringsvoorwaarden, ingaande 1 januari 2003

Inhoudsopgave

Artikel

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

delcentrum 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 Familie lid 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 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.

1.22 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: Geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

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 vol-

doet 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

Kontaktcommissie 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 Kontaktcommissie 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, orthoptist 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

2.1 Omvang van de dekking: Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen en (mee)verzekerde medische behandelingen en verstrekkingen, 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 verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Verzekeraar bepaalt of er sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt verzekeraar genoemde kosten op basis van maximaal door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven.

Voor medische behandelingen in door verzekeraar 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 verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde. Er is een eigen risico van toepassing zoals vermeld op het polisblad.

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

Medische zorg in een EU/EER-lidstaat*:

Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met zorg in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedeisende zorg, 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.

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.

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.

Rubriek I

2.1.1 Ziekenhuisopname*:

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

Rubriek II

2.1.2 Revalidatie*:

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

- deze zorg voor 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 en,
- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). 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;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste 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.

2.1.3 Nierdialyse*:

De kosten voor nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

2.1.4 Orgaantransplantaties*:

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefselyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts 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 betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Geen uitkering wordt gedaan indien verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij verzekeraar is verzekerd.

2.1.5 Chronisch intermitterende beademing*:

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

2.1.6 Trombosedienst*:

de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

2.1.7 Leukemie bij kinderen:

De kosten voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

2.1.8 Niet-klinische (poliklinische) specialistische behandeling:

- het honorarium van een specialist voor een poliklinische behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard uitgevoerd door een tand arts komt, na machtiging, voor vergoeding in aanmerking.

2.1.9 Bijzondere tandheelkundige hulp

2.1.9.1 Tandheelkundige implantaten:*

Een vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

2.1.9.2 Mesostructuur en prothese op implantaten:*

Een vergoeding van 75% van de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

2.1.10 Zorgmanagement:

Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

2.1.11 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.

2.1.12 Zelfstandig Behandel Centrum:

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

Rubriek III**2.1.13 Farmaceutische Zorg:**

de kosten van farmaceutische zorg - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door de Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - mits is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige, voor zover werkzaam in het kader van de Ziekenfondswet of de AWBZ, onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een geregistreerd geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- een half jaar, indien het orale anticonceptie 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 geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
- een maand in overige gevallen.

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

Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de regeling Farmaceutische Zorg of de verzekeraar anders bepaalt.

Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet bestaat voor het meerdere geen recht op vergoeding.

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, na toestemming vooraf door verzekeraar. 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.

De kosten van verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

2.2 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.

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 mouterij. 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 gedeponeed;

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 hooglerspecialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hooglerspecialist;

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 Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door de verzekerde verstrekte gegevens de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige en onjuiste beantwoording van door of namens verzekeraar gestelde vragen kan voor verzekeraar aanleiding zijn de vernietiging, geheel of gedeeltelijk, van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

4.2 Wordt aan het bepaalde in dit artikel niet voldaan, dan heeft verzekeraar het recht de bestaande verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip.

5. INSCHRIJVING

5.1 Geen gezondheidswaarborgen zijn vereist voor tijdens de verzekeringsduur geboren kinderen, mits zij binnen 2 maanden na de geboorte bij de verzekeraar als verzekerde zijn aangemeld;

5.2 Voor de kinderen, bedoeld in artikel 5.1 gaat de verzekering in op de dag van de geboorte.

6. VERPLICHTINGEN

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

De verzekeringnemer dient te verifiëren of de polis en/of het verzekeringsbewijs juiste en volledige gegevens bevatten.

Alle gevolgen voortvloeiende uit het niet of niet tijdig nakomen van deze verplichtingen zijn voor risico van de verzekerde c.q. de verzekeringnemer.

Mededelingen, door verzekeraar verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekerde, worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.

6.2 Verplichtingen bij schade: De verzekerde is verplicht:

6.2.1

- van een opname in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk vooraf schriftelijk kennis te geven aan verzekeraar;
- spoedopnemingen binnen twee dagen na opname schriftelijk ter kennis te brengen van verzekeraar;
- de behandelend specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;

6.2.2 aan verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;

6.2.3 bij niet-klinische specialistische behandeling, een verwijzing van de specialist, huisarts of tandarts te overleggen, indien verzekeraar hierom vraagt.

6.3 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.

7. SCHADE

7.1 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 gemarkeerd te zijn.

7.2 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 vergoeding in aanmerking.

7.3 Binnen zes weken na de vaststelling van de hoogte van de vergoeding, zal verzekeraar het verschuldigde bedrag betalen. Als de verzekerde niet binnen zes weken na de datum van betaling tegen de vergoeding bezwaar maakt, wordt aangenomen, dat deze met de vergoeding onvoorwaardelijk akkoord gaat.

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

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

7.6 Bij opname in een hogere klasse dan waarvoor de verzekering is gesloten, bedraagt de uitkering voor verpleging en bijkomende kosten de in dit ziekenhuis geldende prijs voor de verzekerde klasse.

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

7.8 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.

7.9 Ingeval door verzekeraar rechtstreeks de (volledige) kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder of hulpverlenende instelling terwijl op dat onderdeel van de risicodekking (nog) een eigen bijdrage of een eigen risico van toepassing is, zal verzekeraar aan verzekerde het verschuldigde bedrag in rekening brengen. De verzekerde dient het verschuldigde bedrag op eerste verzoek te voldoen.

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

7.11 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.

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

7.13 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.

7.14 Aansprakelijkheid van derden

7.14.1 De verzekerde is verplicht verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde. Indien sprake is van ziekte, ongeval of letsel waarbij een mogelijk aanspra-

kelijke derde is betrokken, dient de verzekerde hiervan onmiddellijk aangifte te doen bij de politie, alsmede verzekeraar onmiddellijk te informeren.

7.14.2 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.

8. INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

8.1 Ingang en duur van de verzekering:

8.1.1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste 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 verzekeraar is binnengekomen, behoudens hetgeen is bepaald in artikel 8.1.2 en artikel 5.1, en nooit later dan op de eerste van de vijfde maand volgend op die, waarin het aanmeldingsformulier bij verzekeraar is binnengekomen.

8.1.2 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.

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

8.2. Einde van de verzekering:

8.2.1 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 ten minste een jaar heeft geduurd en de opzegging geschiedt voor 1 oktober, behoudens het bepaalde in artikel 10.5 van deze verzekeringsvoorwaarden. De opzegging dient per aangetekend schrijven te geschieden.

8.2.2 Verzekeraar kan de verzekering niet beëindigen door opzegging, tenzij de beëindiging geschiedt op grond van artikel 4.2 of artikel 9.7 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.

8.2.3 Behalve door opzegging eindigt de verzekering:

- a. zodra verzekeraar van de verzekerde schriftelijk mededeling heeft ontvangen van zijn inschrijving bij een ziekenfonds dan wel bij een publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar; de verzekerde dient verzekeraar in dit geval een kopie van de bedoelde inschrijving te doen toekomen;
- b. zodra de verzekerde zich metterwoon in het buitenland vestigt dan wel langer dan een jaar in het buitenland verblijft;
- c. als de verzekerde overlijdt;

- d. met ingang van de eerste van de maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt. Er zal aansluitend verzekering plaatsvinden krachtens de StandaardPakketPolis met inachtneming van de op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.

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

8.2.5 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.

8.3. Eigen risico:

8.3.1 Een eigen risico wordt per kalenderjaar vastgesteld per 1 januari van dat kalenderjaar.

8.3.2 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een kalenderjaar. Aan beëindiging of wijziging kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld;

8.3.3 Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt een gekozen eigen risico pro rata vastgesteld. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering blijft het eigen risico ongewijzigd van kracht;

8.3.4 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de voorwaarden 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;

8.3.5 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.

9. PREMIEBETALING

9.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, voor de eerste keer bij de aanvang van de verzekering, voor alle op de polis genoemde personen. Voor kinderen tot 18 jaar is maximaal voor 3 kinderen premie verschuldigd.

De premie, de kosten en de bijdragen op grond van wettelijke regelingen, zijn verschuldigd met ingang van de dag dat de verzekering van kracht wordt.

9.2 De premie dient in de overeengekomen termijnen te worden betaald en is op de eerste dag van elke betalingstermijn ten kantore van verzekeraar verschuldigd.

9.3 De premie wordt voldaan tegen afgifte van een door verzekeraar verstrekte kwitantie of tegen een ander daartoe door haar aangewezen bewijs van kwijting. Bij niet betaling van de premie binnen een maand na de vervaldatum, vervalt het recht op uitkering onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling.

9.4 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 nog 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.

9.5 Verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten door of voor de verzekerden gemaakt tijdens het verval van recht op uitkering.

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

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

9.8 Als 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.

9.9 Bij het ingebreke stellen van het betalen van de premie op de vervaldag, kan de verzekerde zich nimmer beroepen op het feit, dat de premie niet tijdig ten huize van de verzekerde is geïnd.

9.10 Bij wijziging van premie door het bereiken van een leeftijdsgrens gaat, indien van toepassing, de nieuwe premie in op de (eerste van de maand volgend op de) dag waarop die bepaalde leeftijdsgrens werd bereikt.

9.11 Bij de geboorte van een kind in een verzekerd gezin, is de eventueel daarvoor vastgestelde premie verschuldigd vanaf de dag waarop de geboorte heeft plaatsgehad, ongeacht de datum, waarop het kind wordt aangemeld.

9.12 Voor verzekerden, bedoeld in artikel 8.1.2 en artikel 5.1 is de premie verschuldigd vanaf de datum van inschrijving.

9.13 Voor verzekerden bedoeld in artikel 8.2.3, eindigt de premiebetaling vanaf de datum van beëindiging der verzekering.

10. HERZIENING VAN PREMIE EN VOORWAARDEN

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

- a. de verzekeringsvoorwaarden - waaronder mede te begrijpen eigen risico bedragen en percentages van uitkeringen - 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.

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

10.3 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.

10.4 Verzekeraar zal voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van de premieverhoging de wijzigingen aan de verzekerde mededelen.

10.5 De verzekeringnemer, die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden of de verhoogde premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum daarvan de verzekering beëindigen, mits de verzekeringnemer hiervan bij aangetekend schrijven mededeling doet aan verzekeraar welk schrijven moet zijn ontvangen:

- a. voor bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 10.4 ten minste een maand voor de datum van ingang is geschied;
- b. binnen een maand na bedoelde ingangsdatum, indien toezending als bedoeld in artikel 10.4, minder dan een maand voor de datum van ingang is geschied.

10.6 Indien de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of premies voortvloeien uit door de Overheid dwingend opgelegde regelgeving is het bepaalde in artikel 10.5 niet van toepassing.

10.7 Het bepaalde in artikel 10.5 is niet van toepassing indien de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden een verruiming dan wel een verbetering van de voorwaarden inhoudt.

11. PERSOONSGEGEVENS

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen 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.

12. GESCHILLEN

12.1 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.

12.2 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.

12.3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

