

Polisvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen (C)

43	Beschikbare gegevens en registratie	28
43.1	<i>Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven</i>	28
43.2	<i>Toestemming</i>	28
43.3	<i>Inlichtingen</i>	28
44	Verandering van de voorwaarden	28
44.1	<i>Ons recht op verandering</i>	28
44.2	<i>Uw recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen</i>	28
44.3	<i>Geen recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen bij een verandering</i>	28
45	Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen?	28
45.1.1	<i>Schriftelijk bericht</i>	28
45.1.2	<i>Reactie binnen 60 dagen</i>	29
45.1.3	<i>Niet akkoord?</i>	29
46	Overig	29
47	Begripsomschrijvingen	29
Bijlage		33
Clausuleblad		33
1 Ziekenhuisverpleging in de hogere klassen		33
1.1	<i>Ziekenhuisverpleging in de verzekerde klasse</i>	33
1.2	<i>Ziekenhuisverpleging in een ziekenhuis met slechts één tweede klasse</i>	33
1.3	<i>Compensatie voor verpleging in een lagere klasse dan de verzekerde klasse</i>	33
2 Clausuleblad terrorismedekking		33
Artikel 1 Begripsomschrijvingen		33
1.1	<i>Terrorisme</i>	33
1.2	<i>Kwaadwillige besmetting</i>	34
1.3	<i>Preventieve maatregelen</i>	34
1.4	<i>Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)</i>	34
1.5	<i>Verzekeringsovereenkomsten</i>	34
1.6	<i>In Nederland toegelaten verzekeraars</i>	34
Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico		34
2.1		34
2.2		34
2.3		34
Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT		34
3.1		34
3.2		34
3.3		35
3.4		35
Het vergoedingenoverzicht		35
1 Belangrijke termen uit het vergoedingenoverzicht uitgelegd		35
2 Het vergoedingenoverzicht		35

1 Belangrijke informatie over uw verzekering

Voor u liggen de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering die bij ons heeft afgesloten. Deze voorwaarden bestaan uit twee delen:

- het vergoedingenoverzicht: hierop is aangegeven op welke vergoedingen u recht heeft vanuit de aanvullende verzekering;
- de algemene voorwaarden: hierin staan de regels van de verzekering.

1.1 De verzekeringspapieren van de aanvullende verzekering

Bij het afsluiten van een aanvullende verzekering ontvangt u van ons:

- **deze voorwaarden:** hierin is beschreven wat uw en onze rechten en plichten zijn;
- **het vergoedingenoverzicht:** hierin is per verzekering aangegeven welke behandelingen u vergoed krijgt;
- **een polisblad:** daarop kunt u zien welke verzekering u heeft afgesloten en wie er zijn verzekerd. Ook is hierop de premie vermeld die u ons verschuldigd bent;
- **een wijzigingsformulier:** hiermee kunt u wijzigingen in uw verzekeringsgegevens bij ons aangeven, zoals het aanmelden van een nieuw gezinslid, een adreswijziging of het wijzigen van het soort aanvullende verzekering.

1.2 Ik wil weten welke behandelingen ik vergoed krijg

Wij hebben de behandelingen die wij vergoeden opgenomen in het vergoedingenoverzicht. Dat is een tabel waarin de hoogte van de vergoeding per verzekering is opgenomen. Wilt u weten of u een behandeling vergoed krijgt?

- Kijk op uw polisblad welke verzekering(en) u heeft afgesloten.
- Kijk in het vergoedingenoverzicht van die verzekering bij de betreffende behandeling. Per behandeling is vermeld hoeveel wij vergoeden.
- Naast de behandeling staat een artikelnummer. Dat is het artikel uit de algemene voorwaarden waarin staat aan welke voorwaarden u moet voldoen om daadwerkelijk voor deze vergoeding in aanmerking te komen.

1.3 Ik heb recht op een vergoeding. Hoe krijg ik die?

Blijkt uit het vergoedingenoverzicht en de voorwaarden dat u recht heeft op een vergoeding? Stuur ons de **originele** nota op (geen kopie!). Deze rekening mag niet ouder zijn dan drie jaar. Rekeningen ouder dan drie jaar vergoeden wij **niet**. De zorgverlener moet de nota zodanig gespecificeerd hebben dat wij deze zonder navraag of onderzoek kunnen afhandelen. Maakt de zorgverlener gebruik van computernota's, dan moet hij deze waarmerken.

Met een aantal zorgverleners hebben wij afgesproken om de nota's niet naar u, maar rechtstreeks naar ons te sturen. Wij betalen deze nota's dan **volledig** aan deze zorgverlener. Als u volgens de verzekering geen recht heeft op een volledige vergoeding, sturen wij u een rekening van het bedrag dat wij teveel betaalden. U betaalt deze rekening op dezelfde manier waarop u uw premie betaalt, dus via een automatische incasso of acceptgiro.

1.4 Vooraf toestemming vragen, hoe doe ik dat?

Voor een aantal behandelingen geldt dat u alleen recht heeft op een vergoeding als u vooraf toestemming van ons hebt gekregen. Dat staat vermeld in het vergoedingenoverzicht en in het artikel met de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen. U vraagt deze toestemming op de volgende manier aan:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelend huisarts, specialist of tandarts en;
- b. voeg daarbij als dat mogelijk is een kostenbegroting van het hulpmiddel of de behandeling.

Wij bekijken deze documenten en sturen u binnen 30 dagen een bericht of wij wel of geen toestemming geven voor de behandeling. Wij vergoeden de kosten alleen als u de behandeling krijgt **nadat** wij u toestemming hebben gegeven. Krijgt u de behandeling **voordat** u van ons toestemming kreeg, dan vergoeden wij deze kosten **niet**.

1.5 Lijsten erkende zorginstellingen en -verleners

Voor een aantal behandelingen stellen wij als voorwaarde dat u deze moet laten uitvoeren door een zorgverlener die door ons erkend is. In die gevallen kunt u bij ons een lijst met erkende zorgverleners opvragen. Bel daarvoor met de OZ Infolijn, tel.: (076) 524 35 00. Zij sturen u een lijst toe.

1.6 Wachtijd of selectie bij het afsluiten van een aanvullende verzekering

1.6.1 Selectie aanvullende Tandverzekeringen

Voor een TandExtra of TandTop verzekering geldt een selectie. Die bestaat uit een Eigen Verklaring, eventueel aangevuld met een tandheelkundige keuring door een tandarts. Als u zich aanmeldt voor één van deze verzekeringen krijgt u automatisch een Eigen Verklaring voorgelegd. Wij laten u vervolgens weten of wij u voor deze verzekering accepteren. U heeft pas recht op een vergoeding uit deze verzekering vanaf het moment dat u geaccepteerd bent.

1.6.2 Wachtijd of selectie voor 'Compleet- en OptimaalPakket'

Voor een Compleet- of OptimaalPakket geldt een wachtijd. Nadat u zich voor deze verzekering heeft aangemeld, krijgt u uw onkosten eerst een jaar lang vergoed uit het Royaal- of RiantPakket. Na dit jaar is uw wachtijd voorbij en vergoeden wij u de kosten volgens het Compleet- of OptimaalPakket. U kunt het Compleet- en OptimaalPakket ook afsluiten zonder wachtijd. Daarvoor moet u een gezondheidsverklaring invullen. Als wij u op basis van deze gezondheidsverklaring direct accepteren, geldt geen wachtijd en krijgt u uw kosten ook het eerste jaar uit het Compleet- of OptimaalPakket vergoed.

1.7 Ik wil mijn verzekering opzeggen

U kunt uw verzekering opzeggen als de minimale verzekeringsduur verstreken is. De minimale verzekeringsduur van een aanvullende verzekering is een volledig kalenderjaar. Dat is een jaar dat loopt van januari tot januari. Na dit jaar verlengen wij uw verzekering stilzwijgend van jaar tot jaar. Wilt u niet dat uw verzekering verlengd wordt? Laat ons dit voor 1 november weten. Stuur daarvoor een brief naar afdeling Klantenbeheer, postbus 90150, 4800 RB Breda waarin u duidelijk maakt dat u uw verzekering opzegt.

Toelichting

Stel: u vraagt 14 april 2006 een RoyaalPakket bij ons aan. Deze verzekering gaat in op 1 mei 2006. Het kalenderjaar loopt in dat geval van 1 januari 2007 tot 1 januari 2008. De minimale verzekeringsduur is in dit geval dus tot 1 januari 2008. U kunt uw verzekering op zijn vroegst per 1 januari 2008 opzeggen door ons dit voor 1 november 2007 te laten weten.

Wilt u uw verzekering opzeggen omdat wij de voorwaarden hebben veranderd, dan moet u dit doen binnen 30 dagen nadat wij u van die verandering op de hoogte hebben gesteld. Stuur daarvoor een brief naar afdeling Klantenbeheer, postbus 90150, 4800 RB Breda waarin u duidelijk maakt dat u het niet eens bent met de verandering van de voorwaarden en u uw verzekering daarom opzegt. In dit geval geldt niet dat u moet voldoen aan de minimale verzekeringsduur.

In artikel 40 vindt u meer informatie over het beëindigen van uw verzekering.

1.8 Ik wil mijn verzekering wijzigen

U kunt uw verzekering wijzigen als de minimale verzekeringsduur verstreken is. De minimale verzekeringsduur van een aanvullende verzekering is een volledig kalenderjaar. Dat is een jaar dat loopt van januari tot januari. Hierna kunt u uw verzekering wijzigen. Laat ons dit voor 1 december weten. Maak daarvoor gebruik van het Wijzigingsformulier dat u van ons hebt ontvangen bij het afsluiten van uw verzekering of bel met de OZ Infolijn tel.: (076) 524 35 00.

Toelichting

Stel: u vraagt 24 oktober 2006 een StartPakket bij ons aan. Deze verzekering gaat in op 1 november 2006. Het kalenderjaar loopt in dat geval van 1 januari 2007 tot 1 januari 2008. De minimale verzekeringsduur is in dit geval dus tot 1 januari 2008. U kunt uw verzekering op zijn vroegst per 1 januari 2008 wijzigen door ons dit voor 1 november 2007 te laten weten.

In artikel 40 vindt u meer info over het wijzigen van uw verzekering.

1.9 Ik wil een nieuw lid aanmelden

Voor de aanvullende verzekeringen geldt dat u alle personen van uw gezin hiervoor moet aanmelden. Krijgt u nieuwe gezinsleden? Meld deze binnen 30 dagen nadat ze deel uitmaken van uw gezin bij ons aan. Doet u dit later, dan zijn deze personen pas verzekerd op het moment van de aanmelding. Voor het aanmelden van de nieuwe gezinsleden kunt u bellen met Afdeling Klantenservice of gebruik maken van het wijzigingsformulier dat u bij het afsluiten van uw verzekering van ons hebt gekregen.

Meer informatie over het aanmelden van nieuwe leden vindt u in artikel 41.2.4.

1.10 Mijn adres of telefoonnummer verandert

Om de verzekering goed uit te kunnen voeren, hebben wij de juiste gegevens van u nodig. Gaat u verhuizen of verandert er wat in uw adresgegevens (bijvoorbeeld doordat u een nieuw telefoonnummer krijgt), geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door.

Meer informatie over het doorgeven van wijzigingen vindt u in artikel 43.

1.11 Ik heb zorg nodig en krijg die te laat

Als u zorg nodig heeft en u deze niet op tijd ontvangt, kunnen wij voor u bemiddelen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Zorgservice (076) 524 37 75. Wij bekijken uw situatie en bepalen of die zodanig is dat wij voor u moeten bemiddelen.

Meer informatie over onze zorgbemiddeling vindt u in artikel 2.3.

1.12 Ik heb een betalingsachterstand

Bij het afsluiten van uw aanvullende verzekering spreken wij met u af of u de kosten voor deze verzekering per maand, kwartaal, halfjaar of jaar aan ons betaalt. De geldbedragen moeten uiterlijk **vóór** de eerste dag van die afgesproken periode in ons bezit zijn. Betaalt u niet op tijd, dan sturen wij u een herinneringsbrief. In deze brief stellen wij een datum waarop het geldbedrag uiterlijk bij ons binnen moet zijn. Is het geld op deze datum niet binnen, dan heeft u geen recht op een vergoeding van de ziektekosten die u vanaf die dag maakt. Pas als u alle bedragen die u ons verschuldigd bent heeft betaald, vergoeden wij uw kosten weer. De kosten die u maakt in de periode dat u een betalingsachterstand had, vergoeden wij dan alsnog.

Meer informatie over het betalen van uw premie en de situatie bij betalingsachterstand vindt u in artikel 41.

1.13 Informatie over uw basisverzekering die van belang is voor de aanvullende verzekering

Twee soorten basisverzekeringen

U heeft kunnen kiezen uit twee soorten basisverzekeringen: een gecombineerde basisverzekering (restitutieverzekering) of een naturaverzekering. Het verschil tussen deze twee is de manier waarop u uw kosten vergoed krijgt:

- **een gecombineerde basisverzekering (restitutieverzekering);**
deze verzekering gaat uit van het systeem dat u uw rekening vergoed krijgt, niet de zorg. U betaalt de kosten voor de behandelingen zelf en stuurt ons vervolgens de rekening op. Wij vergoeden u deze rekening volgens de voorwaarden van uw zorgverzekering. In dit systeem bent u vrij in het kiezen van een zorgverlener.
- **een naturaverzekering;**
deze verzekering gaat uit van het systeem dat u uw zorg vergoed krijgt, niet uw rekening. In deze verzekering bent u gebonden aan zorgverleners waarmee wij contracten hebben afgesloten. De rekeningen van de behandelingen worden door de zorgverlener direct naar ons gestuurd. Wij betalen deze rekeningen. Heeft u geen of alleen gedeeltelijk recht op een vergoeding, dan vorderen wij het bedrag dat wij teveel aan de zorgverlener betaalden, bij u terug. Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten, dan krijgt u slechts een gedeelte van de behandeling vergoed. De lijst met zorgverleners waarmee wij een contract hebben gesloten, is te vinden op onze website: www.oz.nl. U kunt een lijst met zorgverleners, waarmee OZ een contract heeft gesloten, ook bij ons opvragen. Bel de OZ Infolijn (076) 524 35 00.

No-claim en eigen risico

Voor elke basisverzekering geldt dat u per verzekerde ouder dan 18 jaar een no-claim en een eigen risico heeft. De no-claim bedraagt € 255,- per verzekerde. De hoogte van het eigen risico bepaalt u zelf bij het afsluiten van de verzekering.

De no-claim en het eigen risico hebben alleen betrekking op de basisverzekering. Bedragen die u vergoed krijgt uit de aanvullende verzekering verrekenen wij niet met het eigen risico en de no-claim. Hieronder staan de begrippen no-claim en eigen risico verder uitgelegd.

No-claim

U heeft per kalenderjaar voor elke verzekerde op de polis die ouder is dan 18 jaar een no-claim van € 255,-. Dit is het bedrag dat u per verzekerde terugkrijgt als u in een jaar tijd geen vergoedingen uit de basisverzekering ontvangt. Elke vergoeding die een verzekerde wel ontvangt, wordt van de no-claim van deze verzekerde afgetrokken. Dat geldt niet voor:

- zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraamzorg;
- zorg van een huisarts.

Wij bekijken op 31 december hoeveel zorg elke verzekerde in een kalenderjaar heeft ontvangen en hoeveel van de no-claim over is. Dit bedrag storten wij vóór 1 april op uw (verzekeringnemer) bankrekening.

Maakt u kosten die wij vergoeden uit de aanvullende verzekering, dan worden die **niet** van uw no-claim afgetrokken.

In de voorwaarden van uw basisverzekering vindt u meer informatie over de no-claimregeling.

Eigen risico

Bij het afsluiten van de basisverzekering heeft u gekozen voor een eigen risico. Dat is het bedrag dat elke verzekerde die ouder is dan 18 jaar jaarlijks zelf aan ziektekosten moet betalen. Pas als een verzekerde dat bedrag zelf aan ziektekosten heeft uitgegeven, vergoeden wij de ziektekosten. Maakt u kosten die wij uit de aanvullende verzekering vergoeden, dan geldt **geen** eigen risico.

U heeft kunnen kiezen uit een eigen risico van € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per verzekerde per jaar. Op uw polis kunt u zien hoe hoog uw eigen risico is. Hoe hoger het eigen risico dat u kiest, hoe lager de premie die u betaalt.

In de voorwaarden van uw basisverzekering vindt u meer informatie over het eigen risico.

2 Vergoedingen

In het vergoedingenoverzicht vindt u welke behandelingen onder de dekking van uw verzekering vallen. Bij elke behandeling staat een artikelnummer. In dat artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om daadwerkelijk voor die vergoeding in aanmerking te komen. Naast specifieke voorwaarden per behandeling hanteren wij algemene die gelden voor vergoedingen. Deze staan beschreven in dit artikel 2.

2.1 Voorwaarden voor vergoeding

Valt de behandeling onder de dekking van uw verzekering?

Dan vergoeden wij u de kosten als:

- a. er een medische of tandheelkundige noodzaak voor de behandeling bestaat;
- b. de zorg doelmatig is;
- c. die zijn afgesproken voor de behandeling;
- d. de behandeling of levering plaatsvindt in de periode dat deze verzekering van kracht is. Wij kijken daarbij naar de datum van de levering en/of de behandeling, **niet** naar de datum van de factuur;
- e. u voldoet aan de voorwaarden die wij aan die behandeling stellen. Deze voorwaarden zijn per behandeling opgenomen in artikel 3 tot en met 38;
- f. wij u niet langer dan 365 dagen geleden toestemming voor een behandeling hebben gegeven. De toestemming is maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen. Deze toestemming is alleen vereist als dit is vermeld in artikel 3 tot en met 38;
- g. u een opname voor spoedeisende hulp in een ziekenhuis in het buitenland binnen 24 uur bij ons meldt. Bel hiervoor de OZ Hulplijn Buitenland (076) 524 35 25;
- h. de zorg die wordt verleend, voldoet aan alle wettelijke eisen;
- i. de zorgverlener voldoet aan alle wettelijke eisen (bijvoorbeeld de Wet BIG);
- j. de instelling of inrichting waar de behandeling plaatsvindt, voldoet aan alle wettelijke eisen (bijvoorbeeld erkenning door de minister);
- k. u geen handelingen verricht of nalaat die onze eventuele verhaalsrechten zouden kunnen schaden. U bent verplicht mee te werken aan het realiseren van onze verhaalsrechten.

2.2 Wat moet u doen om uw kosten vergoed te krijgen?

- a. U moet de **originele** rekeningen en kwitanties (geen kopie!) bij ons indienen. Deze rekeningen en kwitanties zijn door de zorgverlener zo gespecificeerd, dat wij ze zonder navraag of verder onderzoek volgens de polisvoorwaarden kunnen afwikkelen;
- b. Computernota's moeten door de hulpverlener gewaarmerkt zijn;
- c. U moet de rekeningen binnen drie jaar nadat de rekening is gemaakt naar ons opsturen. Rekeningen ouder dan drie jaar accepteren wij niet.

2.3 Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet tijdig kunt krijgen, kunnen wij voor u bemiddelen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Zorgservice (076) 524 37 75. Om te beoordelen op welk tijdstip de zorg aan u zou moeten worden verleend gaan wij uit van:

1. medisch inhoudelijke criteria;

2. algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen over wat een aanvaardbare wachttijd is. Daarbij gaan we uit van psychosociale, ethische en maatschappelijke criteria;
3. de 'Treeknormen'. In deze normen hebben belangenpartijen uit de gezondheidszorg bepaald welke wachttijd voor bepaalde behandelingen maatschappelijk aanvaardbaar is. Worden de Treeknormen overschreden dan geldt dat voor ons in ieder geval als reden om voor u te bemiddelen.

2.4 De hoogte van de vergoeding

- a. Wij hebben met zorgverleners contracten afgesloten. Daarbij hebben we ook afspraken gemaakt over de tarieven voor behandelingen. Krijgt u een behandeling waarvoor wij geen tarief hebben afgesproken, dan vergoeden wij de kosten van die behandeling maximaal tot het tarief dat wettelijk is vastgesteld of goedgekeurd door het daartoe bevoegde orgaan, dan wel is vastgelegd in het vergoedingenoverzicht.
- b. Wij vergoeden nooit meer dan de kosten die u werkelijk hebt gemaakt.
- c. Bepaalde behandelingen vergoeden wij éénmalig per verzekerde. Als dit zo is, staat dit aangegeven in het vergoedingenoverzicht en bij de betreffende behandeling in artikel 3 t/m 38. Hebt u de kosten van zo'n behandeling eenmaal vergoed gekregen, dan vergoeden wij die behandeling voor u daarna niet meer, ook niet als uw verzekering wijzigt of stilzwijgend wordt verlengd. Dit geldt ook als u zich na deze eenmalige vergoeding elders verzekert en daarna weer bij ons.

2.5 Rechtstreekse betaling aan niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling

- a. Wij kunnen met zorgverleners en instellingen waarmee wij geen contract hebben afgesloten toch afspreken dat wij de rekeningen rechtstreeks aan hen, en niet aan u betalen. U wordt geacht daaraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u geacht ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.
- b. Als wij aan een zorgverlener meer vergoeden dan wij volgens de wettelijke regelingen verplicht zijn, vorderen wij het teveel betaalde bedrag terug bij de zorgverlener. U wordt geacht ons daartoe een volmacht te hebben gegeven.
- c. Als wij aan een zorgverlener meer vergoeden dan de vergoeding waarop u volgens deze voorwaarden recht heeft, vorderen wij het teveel betaalde bedrag terug bij u. Het kan bijvoorbeeld gaan om een behandeling waarvoor u een eigen bijdrage moet betalen of waarvoor een maximale vergoeding geldt. U betaalt ons het teveel betaalde bedrag op dezelfde wijze waarop u uw premie betaalt, bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro.

2.6 Vergoeding van kosten die u in het buitenland maakt

Als u kosten maakt in het buitenland, krijgt u deze in euro's vergoed. Wij hanteren daarbij de omrekeningskoers die geldt op de dag dat wij de nota's ontvangen.

2.7 Vernieuwing van polisvoorwaarden, vergoedingenoverzicht en/of polis

Als uw dekking of premie verandert, informeren wij u over de nieuwe polisvoorwaarden, het nieuwe vergoedingenoverzicht of de nieuwe polis. Wij informeren u daarbij ook vanaf welke datum deze van kracht worden. Vanaf die datum gelden de oude polisvoorwaarden, het oude vergoedingenoverzicht of de oude polis niet meer.

2.8 Eerst vergoeding uit hoofdverzekering, dan pas uit de aanvullende verzekering

U krijgt uw kosten altijd eerst vergoed vanuit uw basisverzekering. Pas als de kosten niet of niet meer vanuit deze basisverzekering worden vergoed, vergoeden wij deze uit de aanvullende verzekering. De kosten moeten natuurlijk wel onder de dekking van deze aanvullende verzekering vallen. Kosten die wij met het eigen risico uit de hoofdverzekering hebben verrekend, vergoeden wij nooit uit de aanvullende verzekering. Ook wordt het no-claimbedrag niet uit uw aanvullende verzekering vergoed.

2.9 Belangrijke termen uit het vergoedingenoverzicht uitgelegd

Eenmalige vergoeding

Deze behandelingen vergoeden wij slechts één keer per verzekerde tijdens de hele verzekeringsduur. Dit geldt ook als u uw verzekering opzegt, u zich bij een andere maatschappij verzekerd en u zich daarna weer bij ons aanmeldt.

Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)

De overheid heeft een lijst opgesteld met geneesmiddelen en de maximale vergoeding die verzekeraars hiervoor moeten betalen. Wij vergoeden nooit meer voor een geneesmiddel dan de maximale hoogte die door de overheid is vastgesteld.

Kalenderjaar

Bepaalde behandelingen krijgt u één keer per kalenderjaar vergoed. Een kalenderjaar is het jaar dat loopt van 1 januari tot 1 januari.

2.10 Het vergoedingenoverzicht

In het vergoedingenoverzicht is per verzekering aangegeven welke behandelingen u vergoed krijgt.

- In de linkerkolom staan de behandelingen;
- Daarnaast is een kolom waarin artikelnummers staan. Die nummers verwijzen naar artikelen in de algemene voorwaarden. In die artikelen staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om voor de vergoeding in aanmerking te komen;
- Daarnaast is per verzekering een kolom opgenomen waarin staat of u de behandeling vergoed krijgt en hoe hoog de vergoeding is;
- Staat de behandeling niet genoemd in het vergoedingenoverzicht van uw verzekering? Dan krijgt u deze niet vergoed.

Voorwaarden voor vergoeding per behandeling

In artikel 3 t/m 36 beschrijven we alle behandelingen die vanuit de verschillende aanvullende verzekeringen vergoed worden.

Dit betekent niet dat:

- a. deze allemaal onder de dekking van uw verzekering vallen;
- b. u deze kosten 100% vergoed krijgt.

Welke vergoeding u krijgt, is terug te vinden op het vergoedingenoverzicht. U heeft dit overzicht samen met deze polisvoorwaarden ontvangen toen u deze verzekering afsloot.

In dit overzicht vindt u:

- a. per verzekering welke behandelingen wij vergoeden;
- b. een verwijzing naar artikelen 3 t/m 38. In die artikelen leest u aan welke voorwaarden u moet voldoen om daadwerkelijk recht te hebben op een vergoeding;
- c. de hoogte van de vergoeding.

3 Alternatieve behandelingen

Artikel 3	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
3.1 Alternatieve behandelingen door een (huis)arts, specialist, fysiotherapeut	Wij vergoeden de kosten van behandelingen met of door alternatieve geneeswijze door een (huis)arts, specialist, fysiotherapeut.	De behandeling wordt uitgevoerd door een (huis)arts, specialist of fysiotherapeut.	
3.2 Alternatieve behandelingen homeopathie, manuele geneeskunde, orthomanipulatie, chiropractie, acupunctuur, haptonomie, antroposofie, natuurgeneeswijzen en osteopathie door een alternatief behandelaar	Wij vergoeden de kosten voor alternatieve geneeswijzen en behandelingen tot een maximum bedrag per kalenderjaar per verzekerde. De hoogte van dit bedrag staat in het vergoedingenoverzicht. • Wij vergoeden nooit meer dan een maximum bedrag per behandel-dag. Dit bedrag geldt voor alle alternatieve behandelingen die u op één dag ondergaat. De hoogte van dit bedrag staat op het vergoedingenoverzicht.	De behandeling wordt uitgevoerd door een alternatief genezer die: 1. geen arts is maar wel lid van een beroepsvereniging; 2. geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen.	Behandelingen die vergoed kunnen worden op basis van andere artikelen van deze voorwaarden, beschouwen wij niet als alternatieve behandeling en vergoeden we niet op grond van dit artikel. Reiskosten van en naar de behandelende arts of alternatief behandelaar vergoeden wij niet .
3.3 Alternatieve behandelingen door niet-artsen	Wij vergoeden de kosten van behandelingen van alternatieve geneeswijze door niet-artsen	1. een alternatief genezer die geen arts is maar wel lid van een beroepsvereniging; 2. een alternatief genezer die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen.	Behandelingen die binnen de beroepsgroep van alternatief genezers niet algemeen aanvaard zijn, vergoeden we niet .

4 Verloskundige hulp, kraamzorg en kraamzorguitkering

Artikel 4	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
4.1 Poliklinische bevalling in een 'open' verloskamer	Wij vergoeden een gedeelte van de eigen bijdrage van het gebruik van de 'open' verloskamer van een ziekenhuis.	De bevalling wordt begeleid door een vrijgevestigde verloskundige of huisarts	
4.2 Kraamzorg of kraamzorguitkering bij een thuisbevalling of een bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek	In plaats van de acht dagen kraamzorg die u vergoed krijgt uit de hoofdverzekering, kunt u een kraamzorguitkering aanvragen. Een combinatie van kraamzorg en kraamzorguitkering is ook mogelijk. Voor de hoogte van de kraamzorguitkering verwijzen we u naar de toelichting onderaan deze tabel.	U stelt ons vooraf op de hoogte van uw keuze.	Wordt uw zwangerschap vóór de achtste week beëindigd, dan kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een miskraam. In dat geval heeft u geen recht op een kraamzorguitkering.
4.3 Kraamzorg of kraamzorguitkering bij een bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis	Wij verzorgen de kraamzorg of geven u een kraamzorguitkering zodra u uit het ziekenhuis ontslagen bent. De dagen dat u na de bevalling in het ziekenhuis lag, worden van het aantal dagen waarop u recht heeft op kraamzorg of kraamzorguitkering afgetrokken.		Wordt uw zwangerschap vóór de achtste week beëindigd, dan kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een miskraam. In dat geval heeft u geen recht op een kraamzorguitkering.
4.4 Berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering	U heeft recht op 8 dagen kraamzorg of een uitkering voor 8 dagen. Wij trekken van deze 8 dagen de verpleegdagen af: <ul style="list-style-type: none"> · De dag dat u in het ziekenhuis bevalt, beschouwen wij als verpleegdag. · De dag dat u poliklinisch bevalt, beschouwen wij niet als een verpleegdag. · De laatste dag die het ziekenhuis voor u in rekening brengt, beschouwen wij niet als een verpleegdag als u voor 18.00 uur ontslagen bent. 		
4.5 Kraamzorg	Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u betaalt voor kraamzorg thuis en kraamzorg in een instelling.		
4.6 Geboorte-uitkering	U ontvangt per bevalling een uitkering. De hoogte van deze uitkering staat in het vergoedingenoverzicht.		

Toelichting hoogte kraamzorguitkering:

U bevalt met medische noodzaak in het ziekenhuis. Voor de bevalling heeft u met ons afgesproken dat u geen kraamzorg wilt, maar kiest voor een kraamzorguitkering. De uitkering bedraagt € 175,- per dag in de CompleetPolis en dat over 8 dagen. U blijft twee dagen in het ziekenhuis. U heeft hierna recht op een kraamzorguitkering over zes dagen (= 6 x € 175,- = € 1.050,-).

5 Kraampakket en buzzerservice

Artikel 5	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
5.1 Kraampakket	Enkele weken voor uw vermoedelijke bevallingsdatum ontvangt u van ons een gratis kraampakket	U vraagt het kraampakket twee maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij ons aan. Bel hiervoor de OZ Infolijn (076) 524 35 00.	
5.2 Buzzerservice (pieper)	U kunt vijf weken voor uw vermoedelijke bevallingsdatum een buzzer (pieper) in bruikleen krijgen. Deze buzzer stuurt u een week na de bevalling naar ons terug.	<ol style="list-style-type: none"> 1. U (de vader of moeder) bent bij ons verzekerd. 2. U vraagt de buzzer zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij ons aan. Wij kunnen daarbij vragen om een zwangerschapsverklaring van uw huisarts, verloskundige of gynaecoloog. 	

6 Psychologische zorg

Artikel 6	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
6.1 Psychologische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder in een inloophuis voor kankerpatiënten	Wij vergoeden de kosten van behandeling door een eerstelijnspsycholoog of een samenwerkingsverband van psychologen in een inloophuis voor kankerpatiënten.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De behandeling is voorgeschreven door een arts. 2. Het inloophuis is door ons geaccepteerd. 3. De psycholoog of het samenwerkingsverband van psychologen is door ons erkend. <p>Een lijst van geaccepteerde inloophuizen en erkende psychologen kunt u opvragen bij de OZ Infolijn (076) 524 35 00.</p>	De reiskosten die u maakt in verband met psychologische zorg vergoeden we niet .
6.2 Behandeling van gezinsleden in een inloophuis voor kankerpatiënten	Wij vergoeden de kosten van de partner en gezinsleden van de verzekerde die bij het inloophuis in behandeling is. Zijn zij zelf verzekerd voor deze kosten, dan komt deze vergoeding uit hun eigen verzekering. Zijn zij hiervoor niet verzekerd, dan komt deze vergoeding uit de verzekering van de patiënt (onze verzekerde).		De reiskosten die partner en gezinsleden maken in verband met psychologische zorg vergoeden we niet .

7 psychotherapie

Artikel 7	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Psychotherapie	Wij vergoeden de eigen bijdrage die u voor psychotherapie moet betalen.		De intramurale AWBZ bijdrage vergoeden wij niet .

8 In Vitro Fertilisatie (IVF)

Artikel 8	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
8.1 In Vitro Fertilisatie (IVF)	Wij vergoeden de kosten van IVF per zwangerschap in een ziekenhuis.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het ziekenhuis heeft een vergunning voor deze behandeling 2. U heeft een algemeen geaccepteerde medische indicatie voor een IVF-behandeling 	
8.2 Geneesmiddelen	Wij vergoeden de kosten van de eigen bijdrage voor de geneesmiddelen die u moet gebruiken voor de tweede en derde IVF-behandeling.		

9 Sterilisatie

Artikel 9	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Sterilisatie	Wij vergoeden de kosten van sterilisatie. Bij sterilisatie van de man vergoeden wij maximaal het bedrag van een poliklinische behandeling.		

10 Circumcisie (besnijdenis)

Artikel 10	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Circumcisie (besnijdenis) voor mannelijke verzekerden	Wij vergoeden de kosten van circumcisie, ongeacht of de indicatie medisch of religieus is.	De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis, Besnijdenis Kliniek Nederland of een erkend Zelfstandig behandelcentrum of een vestiging van Stichting Al Gitaan.	

11 Flapoorcorrecties

Artikel 11	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Flapoorcorrecties	Wij vergoeden de kosten van correcties van de oorstand bij kinderen jonger dan 12 jaar	Als het om een klinische ingreep gaat (met opname) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.	

12 Paramedisch Zorg

Artikel 12	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Fysiotherapie en oefentherapie	Wij vergoeden de kosten met een maximumbedrag per zitting van: a. fysiotherapie door een fysiotherapeut; b. oefentherapie Mensendieck of Cesar door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck; c. manuele therapie door een manueel therapeut; d. oedeemtherapie door een oedeemtherapeut of huidtherapeut; e. bekkenfysiotherapie door een bekkenfysiotherapeut; f. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut.	<ol style="list-style-type: none"> de therapie is voorgeschreven door een arts of specialist De behandeling is naar de beoordeling van de behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut medisch noodzakelijk De kinderfysiotherapie is voor verzekerden jonger dan 18 jaar 	Behandelingen die tot doel hebben uw conditie te verbeteren door middel van training (individueel of in groepsverband) vergoeden we niet

13 Dieetadvisering

Artikel 13	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Dieetadvisering	Wij vergoeden de kosten van dieetadviezen.	<ol style="list-style-type: none"> Het advies wordt gegeven door een diëtist die aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van diëtisten; De diëtist werkt volgens de Artsenwijzer Diëtiëk. 	De kosten van voedingsmiddelen en dieetvoeding voor medisch gebruik vergoeden wij niet op grond van dit artikel, ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven. Deze wordt vergoed op grond van uw basisverzekering.

14 Mondzorg

Artikel 14	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
14.1 orthodontie	Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandelingen (gebitsregulatie) eenmalig tot een maximum bedrag.	<ol style="list-style-type: none"> de kosten worden door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter "D"; of de kosten worden door een orthodontist gedeclareerd. 	
14.2 tandheelkundige hulp:	Wij vergoeden de kosten van periodiek preventief onderzoek, (UPT-tariefcode C11) door een tandarts.		De volgende kosten uit artikel 14.2 vergoeden wij niet :
14.2.1 Preventief onderzoek			a. kosten van behandelingen of zelfstandige leveringen door tandtechnici (niet tandprotheticici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen;
14.2.2 Kronen, bruggen en inlays	Wij vergoeden de kosten van restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays) en andere daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, inclusief bijbehorende techniekkosten.	De kosten worden door de tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'R' (dit zijn kronen, bruggen en inlays).	b. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten;
14.2.3 Uitneembare partiële gebitsprothesen	Wij vergoeden de kosten van een uitneembare partiële gebitsprothese en andere daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, inclusief bijbehorende tandtechniekkosten	De kosten worden door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P'.	c. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus met wie wij geen tarieven hebben afgesproken;
14.2.4 Implantologie	Wij vergoeden de kosten van het honorarium van de kaakchirurg of een tandartsimplantoloog en de bijkomende (klinisch of poliklinisch) kosten die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de betande kaak.		d. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus en die hoger zijn dan de tarieven die wij hebben afgesproken;
14.2.5 Overige tandheelkundige verrichtingen	Wij vergoeden de kosten van overige tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist. Daarbij hanteren we een maximum vergoeding per 5 minuten stoeltijd (dit is inclusief de kosten van toegepaste materialen en middelen). In het vergoedingenoverzicht staat de hoogte van dit bedrag.	<ol style="list-style-type: none"> De kosten worden door een tandarts, kaakchirurg of vrijgevestigd mondhygiënist gedeclareerd. De tandarts en de kaakchirurg gebruiken daarbij de geldende UPT-tariefcodes; De verrichtingen van de mondhygiënist vergoeden wij alleen als deze onderdeel uitmaken van het centrale vakgebied mondhygiëne. 	e. kosten voor orthodontische behandelingen vergoeden wij niet op grond van dit artikel (deze vergoeden wij op grond van artikel 14.1).
14.2.6 Volledige prothetische voorziening voor de onder en/of bovenkaak (kunstgebit)	Wij vergoeden de eigen bijdrage van een volledig uitneembare gebitsprothese en andere daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts of een tandprotheticus, inclusief bijbehorende techniekkosten.	<ol style="list-style-type: none"> De kosten zijn door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P' of 'I'; of De kosten zijn door een tandprotheticus gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P'. 	
14.2.7 Tandheelkundige kosten na een ongeval	Wij vergoeden de tandheelkundige kosten die het directe gevolg zijn van een ongeval.		

15 Farmaceutische zorg

Artikel 15	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
15.1 Alternatieve geneesmiddelen	Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, voor een maximumbedrag per kalenderjaar per verzekerde. De hoogte van dit bedrag staat in het vergoedingsoverzicht.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De geregistreerde geneesmiddelen worden door de Wet op de geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen en/of producten aangemerkt en zijn als zodanig geregistreerd; 2. De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener; 3. De behandeling van de voorschrijvende arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener is door u bij ons meeverzekerd; 4. De geneesmiddelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts. 	De volgende kosten vergoeden wij niet als alternatief geneesmiddel: <ol style="list-style-type: none"> a. geneesmiddelen die wij geheel of gedeeltelijk als reguliere geneesmiddelen vergoeden; b. middelen die (nog) niet geregistreerd zijn volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening; c. de eigen bijdrage uit uw hoofdverzekering, tenzij uitdrukkelijk op het vergoedingsoverzicht staat vermeld dat wij deze wel vergoeden; d. vitamines en voedingssupplementen.
15.2 Anticonceptiva	<ul style="list-style-type: none"> · Wij vergoeden de kosten van anticonceptiva voor verzekerden vanaf 21 jaar maximaal tot de hoogte die door de overheid in het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) is vastgesteld. · De periode van vergoeding per voorschrift (recept) is voor orale anticonceptiva (de pil) niet meer dan één jaar. Na deze periode vergoeden wij de kosten opnieuw voor eenzelfde periode. U heeft geen nieuw recept nodig tenzij op het eerste recept is aangegeven dat de verstrekking slechts eenmalig is of als u van middel verandert. 	De geneesmiddelen: <ul style="list-style-type: none"> · zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij wij anders bepalen en; · zijn voorgeschreven door een arts of verloskundige en; · bevatten een stof waarvan de stofnaam op het voorschrift is vermeld. 	
15.3 Vergoeding eigen bijdrage	Wij vergoeden de kosten van de eigen bijdrage op geneesmiddelen die de overheid heeft opgenomen in het GVS en waarvoor dus een vergoedingslimiet is vastgesteld.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts; 2. De behandeling van de voorschrijvende arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener is door u bij ons meeverzekerd. 	

16 Hulpmiddelenzorg

Artikel 16	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
16.1 Eigen bijdrage hulpmiddelen	Wij geven een vergoeding voor de eigen bijdrage die u heeft voor de aanschaf, het herstel en de correctie van hulpmiddelen	<ol style="list-style-type: none"> 1. De kosten betreffen hulpmiddelen die vallen onder het door ons vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. 2. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. 3. U schaft deze hulpmiddelen aan bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt. 	
16.2 Pruik	Wij geven een vergoeding voor de eigen bijdrage van een pruik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. 2. U schaft de pruik aan bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt. 	
16.3 Steunpessarium	Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en het plaatsen daarvan.	Het steunpessarium wordt geplaatst door een arts.	
16.4 Urofoon	Wij vergoeden de kosten van een urofoon en de bijbehorende bandage voor verzekerden van 5 tot 18 jaar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De urofoon is voorgeschreven door een arts. 2. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. 3. U koopt de urofoon bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. 	
16.5 Anti-decubitusmateriaal	Wij vergoeden de kosten van anti-decubitusmateriaal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wij hebben u vooraf schriftelijk toestemming gegeven. 2. Er is sprake van een langdurige behoefte aan anti-decubitusmateriaal. 	
16.6 Steunzolen	Wij vergoeden de kosten van steunzolen.	De steunzolen worden geleverd door een podotherapeut, podoloog, podo-orthesioloog, orthopedisch schoenmaker of een orthopedisch instrumentmaker.	De kosten van bijkomende consulten vergoeden wij <i>niet</i> .
16.7 Wondverzorging	Wij vergoeden de kosten van zelfverzorgingsartikelen voor wondverzorging na opname (bijvoorbeeld steriele handschoenen en vacuümdrainpotten).	<ol style="list-style-type: none"> 1. De middelen zijn voorgeschreven door een arts. 2. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. 	
16.8 Hoortoestel	Wij vergoeden de eigen bijdrage van het hoortoestel.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het hoortoestel valt onder het door ons vastgesteld Reglement Hulpmiddelen. 2. Wij hebben u vooraf toestemming gegeven. 3. U schaft het hoortoestel aan bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt. 	
16.9 Verbandschoenen	Wij vergoeden de eigen bijdrage van verbandschoenen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De verbandschoenen vallen onder het door ons vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. 2. Wij hebben u vooraf toestemming gegeven; 3. U schaft de verbandschoenen aan bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt. 	

Artikel 16 (vervolg)	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
16.10 Orthopedische schoenen of aangepaste confectieschoenen	Wij vergoeden de eigen bijdrage van orthopedisch en allergeenvrij schoeisel of aangepast confectieschoeisel.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het schoeisel valt onder het door ons vastgesteld Reglement Hulpmiddelen; 2. Wij hebben u vooraf toestemming gegeven; 3. U schaft het schoeisel aan bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt. 	
16.11 Hulpmiddelen voor anti-conceptie	Wij vergoeden de kosten van anticonceptiehulpmiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De hulpmiddelen vallen onder de Regeling Hulpmiddelen; 2. De hulpmiddelen zijn voorgeschreven door huisarts of specialist. 	
16.12 Brillen en lenzen of een ooglaserbehandeling	<p>Wij vergoeden de kosten van:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. contactlenzen; b. brillenglazen; c. het brilmontuur wat u tegelijk met de glazen aanschaft. <p>In plaats van de vergoeding voor de lenzen, brillenglazen en /of het brilmontuur kunt u kiezen voor een eenmalige vergoeding van een ooglaserbehandeling.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte; 2. U schaft de gezichtshulpmiddelen aan bij de opticien. <p>De behandeling wordt uitgevoerd door een oogarts.</p>	<p>De volgende kosten vergoeden wij niet:</p> <ul style="list-style-type: none"> · lenzenvloeistof; · zonnebrillen of contactlenzen op kleur; · beeldschermbrillen; · prismabrillen; · brilmonturen die u niet tegelijk met de glazen aanschaft.
16.13 ADL Hulpmiddelen	Wij vergoeden de kosten van ADL-Hulpmiddelen. Welke middelen dit zijn, kunt u lezen in de Lijst ADL-Hulpmiddelen. Deze lijst is onderdeel van uw polisvoorwaarden. Bel de OZ Infolijn (076) 524 35 00 als u deze lijst thuis wilt ontvangen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wij hebben u vooraf toestemming gegeven; 2. Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of neurologische stoornis van langdurig aard; 3. U schaft de hulpmiddelen aan bij een leverancier waarmee wij afspraken hebben gemaakt. 	

17 Vervoer- en logeerkosten

Artikel 17	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
17.1 Bezoekkosten: 17.1.1 Reiskosten voor ziekenbezoek	Wij vergoeden de reiskosten van ziekenbezoek van een inwonend gezinslid aan de opgenomen verzekerde. Wij vergoeden daarbij maximaal één bezoek per twee opnamedagen voor maximaal 1 kalenderjaar. Voor de hoogte van de vergoeding nemen we een vast bedrag per kilometer, ongeacht het vervoermiddel (openbaar vervoer, taxi of eigen vervoer). We gaan daarbij uit van de werkelijke reisafstand. Die bepalen we met onze routeplanner en op basis van het kostenoverzicht dat u bij ons indient.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er is sprake van een minimale opnameduur van 14 aaneengesloten dagen; 2. De bezoeker woont in Nederland en het gezinslid is opgenomen in een revalidatie-inrichting of (psychiatrisch) ziekenhuis in Nederland of in één van de door ons gecontracteerde ziekenhuizen in België. Wilt u weten welke ziekenhuizen dit zijn bel dan met de OZ Infolijn (076) 524 35 00; 3. De afstand tussen het wettelijke woonadres en het ziekenhuis over de meest gebruikelijke weg is minimaal 40 kilometer. 	Indien u gebruik maakt van bezoekkosten krijgt u de logeerkosten volgens artikel 17.2 niet vergoed.

Artikel 17 (vervolg)	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
	U kunt de vergoeding pas aanvragen vanaf het moment dat er 14 aaneengesloten opnamedagen zijn verstrekken. U ontvangt de vergoeding dan met terugwerkende kracht als u voldoet aan de voorwaarden.		
17.1.2 Reiskosten voor ziekenbezoek bij opname in Astmacentrum Davos	Wij vergoeden de reiskosten die u maakt voor ziekenbezoek aan een inwonend gezinslid dat bij ons is verzekerd en dat opgenomen is in het Nederlands Astma Centrum te Davos (N.A.D). De vergoeding bedraagt eenmaal per kalenderjaar 75% van de treinkosten in de laagste klasse voor maximaal twee personen.	Wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.	
17.2 Logeerkosten	Wij vergoeden de logeerkosten in een logeershuis voor maximaal 2 bij elkaar wonende gezinsleden die deze kosten maken voor een gezinslid dat bij ons verzekerd is. Het aantal nachten dat wij per jaar vergoeden staat in het vergoedingenoverzicht.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het logeershuis is verbonden aan een in Nederland gelegen revalidatie-inrichting of ziekenhuis; 2. Het revalidatiecentrum of ziekenhuis waar u of uw gezinslid is opgenomen ligt verder dan 40 kilometer van uw woonplaats af; 3. De opnameduur is langer dan 14 aaneengesloten dagen. 	Als u een vergoeding ontvangt voor logeerkosten, vergoeden wij de bezoekkosten volgens artikel 17.1 niet .
17.3 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer	Voor de kosten van zittend ziekenvervoer betaalt u een eigen bijdrage van € 83,- in uw hoofdverzekering. Als u dit bedrag binnen één kalenderjaar heeft betaald, krijgt u een vrijwaringbewijs. Dit bewijs geeft u recht op een vergoeding van die eigen bijdrage uit de aanvullende verzekering. Zie voor meer informatie de toelichting onderaan deze tabel.	Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven voor het zittend ziekenvervoer.	
17.4 Reiskosten gezonde moeder	Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer of taxi, als uw kind is opgenomen in een ziekenhuis	<ol style="list-style-type: none"> 1. U (de moeder) bent bij ons verzekerd (uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn); en 2. De ziekenhuisopname van uw kind is voorgeschreven door een arts; en 3. U (de moeder) bent niet opgenomen in het ziekenhuis; en 4. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven; en 5. Uw kind is jonger dan drie maanden. 	

Toelichting eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Op grond van de 'Regeling zorgverzekering' wordt elk jaar een bedrag vastgesteld dat u zelf in 12 maanden aan 'zittend ziekenvervoer' (openbaar vervoer, vervoer met uw eigen auto of per taxi) moet betalen. Pas nadat u dit bedrag in 12 maanden aan zittend ziekenvervoer hebt uitgegeven, kunt u deze eigen bijdrage uit uw aanvullende verzekering vergoed krijgen. Bovendien worden vanaf dat moment de kosten die u voor zittend ziekenvervoer maakt, vergoed uit uw hoofdverzekering. Na 12 maanden gaat de eigen bijdrage opnieuw in.

Stel: In de 'Regeling zorgverzekering' staat dat u zelf € 83,- aan zittend ziekenvervoer moet betalen. U maakt vanaf maart 2006 gebruik van zittend ziekenvervoer. U betaalt dit vervoer zelf. In oktober 2006 heeft u hieraan € 83,- uitgegeven. Op dat moment ontvangt u deze kosten van ons terug (uit de aanvullende verzekering) en betalen wij uw kosten van zittend ziekenvervoer die u tot maart 2007 maakt (uit de hoofdverzekering). In maart 2007 (twaalf maanden nadat u voor het eerst van ziekenvervoer gebruik maakte) gaat uw eigen van € 83,- bijdrage opnieuw in.

18 Zorg in het buitenland

Artikel 18	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
18.1 Organisatie van hulpverlening in het buitenland	<p>Bij een tijdelijk verblijf in het buitenland vergoeden wij de kosten van de volgende organisatie van spoedeisende hulpverlening door SOS International:</p> <ol style="list-style-type: none"> het vervoer van de overleden verzekerde, van de plaats van overlijden naar een ziekenhuis of naar zijn wettelijke of woonadres in Nederland; het vervoer, inclusief de noodzakelijke medische begeleiding, van een zieke of gewonde verzekerde, van de plaats van ziekte of ongeval naar een ziekenhuis of naar zijn wettelijke woonadres in Nederland; toezending van geneesmiddelen en hulpmiddelen naar de plaats van ziekte, ongeval of behandeling. 	<ol style="list-style-type: none"> Het verblijf is tijdelijk. Dat wil zeggen dat u de maximale aaneengesloten periode van verblijf niet overschrijdt. De lengte van deze periode staat in het Vergoedingenoverzicht. Er is sprake van ernstige ziekte, ernstig letsel door een ongeval of overlijden van een verzekerde. De toezending van geneesmiddelen en hulpmiddelen is spoedeisend en medisch noodzakelijk en er is ter plaatse geen bruikbaar alternatief ter beschikking. Het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die passend zijn voor het land waar u tijdelijk verblijft. 	<p>Kosten van vervoer van anderen dan de betreffende verzekerde, douaneheffingen, retourvracht en aankoop van onder andere geneesmiddelen en hulpmiddelen ter plaatse vergoeden wij niet.</p>
18.2 U verblijft tijdelijk in het buitenland en krijgt spoedeisende zorg, die in Nederland niet onder de dekking van uw verzekering(en) valt	<p>Wij vergoeden de kosten die u maakt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland en die voortvloeien uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> een behandeling door een arts voorzover deze behandeling niet op grond van uw basisverzekering wordt vergoed; het terug naar huis brengen van de zieke verzekerde (repatriëring) in een ambulance, taxi of huurauto door SOS International. Na overleg met ons kunt u ook van een ander vervoermiddel gebruik maken als wij u daarvoor toestemming geven; gebruik van telecommunicatiemiddelen (zoals fax, telefoon, e-mail en internet) voor de melding van het overlijden of de ziekenhuisopname bij SOS international; vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde uit het buitenland naar Nederland. 	<ol style="list-style-type: none"> Het verblijf is tijdelijk. Dat wil zeggen dat u de maximale aaneengesloten periode van verblijf niet overschrijdt. De lengte van deze periode staat in het Vergoedingenoverzicht. De zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend. De zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk. Het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft. 	<p>Bij een tijdelijk verblijf in het buitenland vergoeden wij het ziekenvervoer aldaar door middel van een binnenlandse helikoptervlucht niet.</p>

Toelichting:

De kosten van medische zorg kunnen in het buitenland fors hoger zijn dan in Nederland. In veel gevallen weten wij hoe hoog die kosten voor specifieke behandelingen zijn. Weten wij dat niet, dan vragen wij dat op. Wij kunnen u ook informeren over de inhoud van de buitenlandse zorg. Wij hebben hierover afspraken gemaakt met zorgverleners en zorginstellingen in het buitenland (bijvoorbeeld België en Duitsland). U kunt van die kennis en ervaring gebruik maken en er uw voordeel mee doen. Als u dus van plan bent u in het buitenland te laten behandelen, raden wij u aan vooraf met ons contact op te nemen over de zorg in het buitenland en de exacte hoogte van de vergoeding.

19 Kuurreis

Artikel 19	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Kuurreizen	Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons erkend kuuroord in het buitenland.	<ol style="list-style-type: none"> 1. U lijdt aan een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis. 2. De behandeling is voorgeschreven door een arts. 3. Wij hebben u vooraf schriftelijk toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden. 	De reiskosten van en naar het vliegveld vergoeden we niet.

20 Stottertherapie

Artikel 20	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
20.1 Stottertherapie individueel of in groepsverband	Wij vergoeden de kosten van stottertherapie in individueel of in groepsverband volgens de methode: <ol style="list-style-type: none"> a. Del Ferro; b. Instituut Natuurlijk Spreken (I.N.S./Hausdörfer); c. BOMA-methode. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De behandeling is voorgeschreven door een arts; 2. Wij hebben u vooraf schriftelijk toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen. 	De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet .
20.2 Pensionkosten bij interne stottertherapie (BOMA methode)	Indien en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven, vergoeden wij de noodzakelijke kosten die rechtstreeks in verband staan met het verblijf in het pension.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De stottertherapie is voorgeschreven door een arts; 2. Wij hebben u vooraf schriftelijk toestemming gegeven; 3. De kosten van de stottertherapie zelf komen voor een vergoeding in aanmerking. 	De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet .

21 Acné-behandeling

Artikel 21	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Acné-behandeling	Wij vergoeden de kosten van behandeling van een ernstige vorm van acné in het gelaat en/of in de hals.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De behandeling is voorgeschreven door een arts; 2. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven; 3. De behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist die de specialisatie "acné-behandeling" met goed gevolg heeft afgerond. 	

22 Camouflagelessen en -middelen

Artikel 22	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Camouflagelessen en -middelen	Wij vergoeden: a. de kosten van "camouflagelessen" door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist; b. de aanschafkosten van de voor de lessen benodigde middelen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De camouflagelessen zijn voor geschreven door een arts; 2. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven; 3. De behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist die de specialisatie "camouflagelessen" met goed gevolg heeft afgerond; 4. De camouflagelessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gelaat en/of de hals te camoufleren. 	

23 Elektrische epilatie

Artikel 23	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Elektrische epilatie en licht- en lasertherapie	Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie en licht- en lasertherapie om extreme haargroei in het gelaat te laten verwijderen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De elektrische epilatie of licht- en lasertherapie is voorgeschreven door een arts (bijvoorbeeld een huisarts of huidarts); 2. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven; 3. De behandeling wordt gegeven door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist die de specialisatie Elektrische epilatie met goed gevolg heeft afgerond. 	Wij vergoeden niet de kosten van: a. behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen; b. aanschaf van harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen.

24 Psoriasisdagbehandeling

Artikel 24	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Psoriasisdagbehandeling en UV-apparatuur	Wij vergoeden de kosten van behandeling van ernstige door middel van een poliklinische behandeling door een huidarts.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De psoriasisdagbehandeling is voorgeschreven door een arts; 2. De huidarts is verbonden aan een instelling voor psoriasisdagbehandeling; 3. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden verbinden. 	
Reiskosten psoriasisdagbehandeling	Wij vergoeden de reiskosten, op basis van de werkelijke reisafstand, te bepalen aan de hand van een door OZ gebruikte routeplanner.	De reiskosten worden gemaakt in verband met een verzekerde psoriasisdagbehandeling.	

25 Herstel en Balans

Artikel 25	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Herstel en balans	Wij vergoeden de kosten voor deelname aan het revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' voor kankerpatiënten.		Als u gebruik maakt van het revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' vergoeden wij de kosten van fysiotherapie volgens artikel 12 en de kosten voor psychologische zorg volgens artikel 6 niet.

26 Podotherapie

Artikel 26	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
26.1 Podotherapie algemeen	Wij vergoeden de kosten van: a. podotherapeutische behandelingen; b. podotherapeutische hulpmiddelen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De behandeling is voorgeschreven door de behandelend arts. 2. De behandeling wordt uitgevoerd door een podotherapeut; 3. De podotherapeutische hulpmiddelen zijn voorgeschreven tijdens een behandeling van een podotherapeut die u van ons vergoed krijgt; 	<ol style="list-style-type: none"> a. Wij vergoeden de kosten niet als u gebruik maakt van een vergoeding op grond van Artikel 26.2 'Podotherapie in bijzondere gevallen'. b. De vergoeding van steunzolen valt niet onder dit artikel, maar onder artikel 16.6. c. Wij vergoeden de behandelingen die ook door een pedicure zonder specialistische aantekening kunnen worden verricht niet.
26.2 Podotherapie in bijzondere gevallen (diabetes mellitus, neuropathie, ernstige bloedvatproblemen in de benen, reumatoïde artritis)	Wij vergoeden de kosten van: a. podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut; b. podotherapeutische hulpmiddelen; c. podotherapeutische behandelingen van een diabetische voet of een reumatische voet door een pedicure die in het bezit is van een beroepsaantekening Diabetische voet of Reumatische voet, en die door ons als zodanig is opgenomen in een register. U kunt bij de OZ Infolijn (076) 524 35 00 een lijst met geregistreerde pedicures opvragen. Deze lijst maakt deel uit van de Polisvoorwaarden; d. podotherapeutische hulpmiddelen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De behandeling is voorgeschreven door de behandelend arts; 2. U lijdt aan diabetes mellitus, neuropathie, ernstige bloedvatproblemen in de benen of reumatische voetafwijkingen; 3. De podotherapeutische hulpmiddelen zijn voorgeschreven tijdens een behandeling van een podotherapeut die u van ons vergoed krijgt; 4. Wij hebben u vooraf schriftelijke toestemming gegeven. 5. Wij vergoeden deze kosten voorzover u geen gebruik maakt van de vergoeding op grond van artikel 26.1 "podotherapie algemeen". 	

27 Overgangsconsulten

Artikel 27	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Overgangsconsulten	Wij vergoeden de kosten van overgangsconsulten	De overgangsconsulten worden gegeven door een overgangsconsulent die geregistreerd staat en aangesloten is bij de overkoepelende organisatie Care for Women.	

28 Preventie

Artikel 28	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
28.1 Preventieve onderzoeken	Ter voorkoming van een ziekte, vergoeden wij de kosten van: a. een cholesteroltest door een arts; b. onderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker door een arts; c. onderzoek van hart en bloedvaten; d. onderzoek naar prostaatkanker bij mannen boven de 45 jaar.	Het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist.	
28.2 Preventieve cholesteroltest	Wij vergoeden de kosten van een preventieve cholesteroltest. Dit kan zowel een zelftest zijn, als een test door een arts.		
28.3 Preventieve injecties	Wij vergoeden de kosten van de volgende preventieve injecties: a. een injectie tegen rode hond (rubella); b. een injectie tegen griep (influenza); c. een injectie tegen kaakklem (tetanus); d. een injectie tegen hondsdolheid (rabiës);	1. De preventieve injectie is voorgeschreven door een arts. 2. De preventieve injectie is geen onderdeel van een vaccinatie- of subsidieprogramma.	
28.4 Vaccin en medicatie buitenland	Ter voorkoming van ziekte, vergoeden wij de kosten van: a. medicijnen tegen malaria en tyfus, en b. injectievloeistof tegen difterie, tetanus, polio, hepatitis-A, cholera, gele koorts en tyfus;	1. De GGD, het Havenziekenhuis te Rotterdam of de Travelclinic (Schipholservice) Amsterdam heeft de vaccinatie en medicatie geadviseerd. 2. De betreffende landen en/of het Landelijk Coördinatiecentrum Reisadviesring (LCR) heeft de vaccinatie en medicatie geadviseerd.	De volgende kosten vergoeden wij niet : a. het consult in verband met de vaccinatie; b. de receptkosten voor het vaccin of het verkrijgen van medicatie, in verband met de medicatie; c. kosten voor het vaccinatieboekje; d. zelfzorgmiddelen.

29 Second opinion bureau

Artikel 29	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Second opinion bureau	Wij vergoeden de kosten voor advies door een second opinion bureau	1. De raadpleging vindt plaats op voorschrift van een huisarts dan wel een tandarts; 2. Het second opinion bureau is door ons geaccepteerd omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.	

30 Herstellingsoord

Artikel 30	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Herstellingsoord	Wanneer u als somatische patiënt in een herstellingsoord bent opgenomen, vergoeden wij u een bedrag per dag. De hoogte van dit bedrag staat in het vergoedingenoverzicht.	1. De behandeling is voorgeschreven door een arts. 2. Wij u vooraf toestemming hebben gegeven.	

31 Therapeutisch kamp

Artikel 31	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Therapeutisch kamp	Wij vergoeden de kosten van deelname aan een therapeutisch kamp door verzekerden jonger dan 18 jaar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De behandeling is voorgeschreven door een arts. 2. Wij hebben u vooraf toestemming gegeven. 3. De verzekerde lijdt aan Astma, C.O.P.D. of diabetes mellitus. 4. Het kamp wordt voor deze patiënten georganiseerd door een representatieve vereniging of instelling die wij erkend hebben. U kunt een lijst met instellingen die wij erkend hebben bij ons opvragen. Hiervoor kunt u de OZ Infolijn (076) 5243500 bellen. 5. Het therapeutisch kamp wordt gehouden in Nederland. 	

32 Cursussen, lidmaatschap patiëntenvereniging en fitness

Artikel 32	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
32.1 Cursussen	Wij vergoeden de kosten van cursussen die gericht zijn op het verbeteren van uw gezondheid of waar u kunt leren omgaan met uw ziekte. Het gaat om de volgende cursussen: a. stoppen met roken; b. Shantala babymassage; c. EHBO voor ouders met kinderen; d. meer bewegen voor chronisch zieken of ouderen; e. slank en fit; f. postnatale gymnastiek.	<ol style="list-style-type: none"> 1. U overhandigt ons een bewijs van deelname. 2. De cursus wordt gegeven door een thuiszorgorganisatie, GGD of indien u het 50+ Pakket heeft door een patiëntenvereniging. 	Bedragen minder dan € 12,- vergoeden wij niet.
32.2 Lidmaatschap patiëntenvereniging	Wij vergoeden éénmalig het lidmaatschap van een patiëntenvereniging	<ol style="list-style-type: none"> 1. U overhandigt ons een bewijs van lidmaatschap of deelname. 2. Wij vergoeden de kosten uitsluitend in het jaar dat u lid wordt van een patiëntenvereniging. 	
32.3 Fitness	Wij vergoeden éénmalig een vast bedrag aan de inschrijfkosten voor een beweegprogramma (bijvoorbeeld fitness of preventieve training).	<ol style="list-style-type: none"> 1. U overhandigt ons een bewijs van lidmaatschap of deelname. 2. Wij vergoeden deze kosten uitsluitend in het jaar dat u lid wordt of voor het eerst deelneemt aan het beweegprogramma. 3. Het beweegprogramma vindt plaats bij een centrum dat aangesloten is bij de organisatie Physiopoint, Fysiosport of Inter-Actionpoint. 	

33 Sportmedisch advies

Artikel 33	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Sportmedisch advies	Wij vergoeden de kosten van een blessureconsult door een sportarts.	De sportarts is werkzaam bij een Sportmedisch adviescentrum, dat is aangesloten bij de Federatie voor sportmedische instellingen (FSMI).	

34 Verhaalsbijstand

Artikel 34	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Verhaalsbijstand	Wij vergoeden de gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten van verhaalsbijstand bij het verhalen van de letselschade (waaronder arbeidsvermogensverlies), ten gevolge van een ongeval in Nederland.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het ongeval is gebeurd tijdens de duur van de verzekering. 2. De bijstand wordt zowel in als buiten rechte verleend door een verhaalservicebureau of advocaat, met wie wij een contract hebben afgesloten. 3. Het Nederlands recht is van toepassing. 4. Er is sprake van een wettelijk aansprakelijke derde of een derde die naar burgerlijk recht aansprakelijk is én de kosten worden niet door deze derde of zijn verzekeraar vergoed. 5. De verzekerde heeft voor (een deel van) de schade recht op een uitkering op grond van de hoofd- of aanvullende verzekering of AWBZ. 	<p>Letselschade die voortvloeit uit medische kunstfouten en geweldsmisdrijven vergoeden wij niet.</p> <p>Wij vergoeden de kosten niet als u u een rechtsbijstandsverzekering heeft die de kosten van het verhaal dekt.</p> <p>De kosten van getuigen vergoeden wij niet.</p>

35 Ongevallenuitkering

Artikel 35	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Bijzonderheden
Ongevallenuitkering	Bij blijvende algehele invaliditeit ten gevolge van een ongeval van volwassenen en kinderen die op de polis verzekerd zijn, keren wij u een bedrag uit. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van de mate van invaliditeit.	Het ongeval gebeurde tijdens de looptijd van de verzekering.	<ul style="list-style-type: none"> · Wij hebben deze ongevallendeckking volledig herverzekerd bij verzekeraar De Amersfoortse. · Wij hebben de beoordeling en vaststelling van invaliditeit uitbesteed aan De Amersfoortse. · De voorwaarden van Gezinsongevallenverzekering van De Amersfoortse maken deel uit van deze Polisvoorwaarden. U kunt deze voorwaarden van Gezinsongevallenverzekering bij ons aanvragen bij de OZ Infolijn (076) 524 35 00.

36 Bijzondere voedingsmiddelen

Artikel 36	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Bijzondere voedingsmiddelen	Wij vergoeden de kosten van: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vloeibare kant-en-klare voeding bij terminale thuiszorg; 2. Sondevoeding bij thuisverpleging, inclusief toedieningssytemen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De behandeling is voorgeschreven door een arts. 2. Wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden. 	

37 Gezinshulp

Artikel 37	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Gezinshulp	Wij vergoeden vanaf de vierde dag van opname van de verzekerde of diens partner van 18 jaar en ouder een vast bedrag voor gezinshulp per dag. De hoogte van dit bedrag staat op uw vergoedingenoverzicht.	U dient een volledig ingevuld schadeformulier 'Vergoeding Gezinshulp' bij ons in. U kunt dit formulier opvragen bij de OZ Infolijn (076) 524 35 00.	

38 Eigen bijdrage thuiszorg

Artikel 38	Vergoeding	Voorwaarden voor vergoeding	Kosten die wij niet vergoeden
Eigen bijdrage thuiszorg	Wij vergoeden de eigen bijdrage voor thuiszorg. Deze bijdrage is opgelegd door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ). Ontvangt u een PersoonsGebonden Budget (PGB) dan is deze bijdrage opgelegd door het Zorgkantoor.	<ol style="list-style-type: none"> U heeft een indicatie gekregen voor thuiszorg van een Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ); U stuurt ons een kopie van de facturen van de eigen bijdrage van CAK-BZ of van het Zorgkantoor. 	

ALGEMEEN DEEL

In dit deel van de polisvoorwaarden vindt u de algemene bepalingen die gelden voor uw aanvullende verzekering.

39 De verzekeringsovereenkomst

39.1 Grondslag van uw verzekering

39.1.1 De basis van uw verzekering

Uw verzekering is gebaseerd op:

- a. de gegevens die u heeft ingevuld op het aanvraagformulier;
- b. andere mondelinge of schriftelijke inlichtingen en verklaringen die u bij het afsluiten van deze verzekering hebt verstrekt;
- c. de gezondheidsverklaring;
- d. eventuele keuringsrapporten;
- e. de polis en polisaanhangsels;
- f. de polisvoorwaarden met de regelingen en reglementen waarnaar wij in die polisvoorwaarden verwijzen;
- g. het vergoedingenoverzicht;
- h. de polisvoorwaarden van uw basisverzekering ;
- i. ons AWBZ-reglement;
- j. eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten;
- k. eventuele clausulebladen

Deze grondslagen van de verzekering bepalen samen uw rechten en plichten.

39.1.2 Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij deze verzekering.

Toelichting:

Alle verzekerden die op de polis staan hebben recht op een vergoeding van de verzekerde kosten. Maar verzekerden die geen verzekeringnemer zijn, hebben niet het recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen. Dit recht heeft alleen de verzekeringnemer, de contractspartij. Dat is degene die bij ons de verzekering heeft afgesloten en die verantwoordelijk is voor het betalen van de premie.

39.1.3 Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

39.1.4 Onwaarachtige weergave van feiten

Als de inlichtingen en verklaringen die u bij het afsluiten van de verzekering heeft verstrekt onjuist of onvolledig blijken te zijn, kunnen wij de verzekering opzeggen. Wij zullen u echter eerst in een brief op deze onjuistheid of onvolledigheid wijzen. U heeft vervolgens 14 dagen de tijd om hierop te reageren. Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen heeft u ook het recht de verzekering te beëindigen. U hoeft daarbij niet aan de minimale verzekeringsduur te voldoen.

Hebt u de opzet gehad ons te misleiden, dan zeggen wij de overeenkomst binnen twee maanden na deze ontdekking met onmiddellijke ingang op. Wij vorderen alle vergoedingen die wij u hebben uitbetaald met terugwerkende kracht terug. De dag dat u onjuiste of onvolledige informatie aan ons heeft gegeven of ons heeft misleid is daarbij het uitgangspunt.

39.1.5 Geldigheid van de polisvoorwaarden

Deze polisvoorwaarden zijn van toepassing voor zover daarvan niet wordt afgeweken in:

- a. een bijkomende of collectieve overeenkomst waarop uw verzekering eventueel is gebaseerd;
- b. het vergoedingenoverzicht.

39.1.6 Selectie aanvullende tandverzekeringen

Voor een TandExtra of TandTopverzekering geldt een selectie. Die bestaat uit een Eigen Verklaring, eventueel aangevuld met een

tandheelkundige keuring door een tandarts. Op basis van deze gegevens accepteren wij u wel of niet voor de verzekering. U heeft pas recht op een vergoeding uit deze verzekering vanaf het moment dat wij u geaccepteerd hebben.

39.1.7 Wachtijd of selectie voor 'Compleet- en Optimaal-Pakket'

Voor een Compleet- of OptimaalPakket geldt een wachtijd. Nadat u zich voor deze verzekering heeft aangemeld, krijgt u uw onkosten eerst een jaar lang vergoed uit het Ryaal- of RiantPakket. Na dit jaar is uw wachtijd voorbij en vergoeden wij u de kosten volgens het Compleet- of OptimaalPakket. U kunt het Compleet- en Optimaal-Pakket ook afsluiten zonder wachtijd. Daarvoor moet u een gezondheidsverklaring invullen. Als wij u op basis van deze gezondheidsverklaring direct accepteren, geldt geen wachtijd en krijgt u uw kosten ook het eerste jaar uit het Compleet- of OptimaalPakket vergoed.

39.1.8 Privacy

Wij verwerken uw persoonsgegevens en de gegevens die u bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekt. Wij houden ons daarbij aan de gedragscode "Verwerking persoonsgegevens financiële instellingen". In deze gedragscode staan de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, of downloaden van de site van het Verbond, www.verzekeraars.nl

39.1.9 Gezinsleden

- a. U (verzekeringnemer) moet alle personen die bij uw verzekerd gezin horen en die voor een aanvullende verzekering in aanmerking komen, voor de aanvullende verzekering aanmelden.
- b. U (verzekeringnemer) moet personen die deel uitmaken of uit gaan maken van uw gezin binnen 30 dagen aanmelden voor de verzekering. Zij zijn dan verzekerd vanaf het moment dat ze deel uitmaken van uw gezin. Meldt u deze personen later aan, dan zijn zij pas verzekerd op het moment van aanmelding. Wij breiden de dekking voor deze personen niet met terugwerkende kracht uit.
- c. Als u kinderen die geboren zijn tijdens de duur van deze verzekering binnen dertig dagen na de geboorte aanmeldt, zijn zij vanaf de geboorte verzekerd, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

40 Aanvang, duur en einde van de aanvullende verzekering

WEGWIJZER BIJ EINDE OF WIJZIGING VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

Waar vindt u welke informatie?

- Ik wil weten wanneer de aanvullende verzekering ingaat en hoe lang deze geldig is: lees artikel 40.1
- Ik wil de aanvullende verzekering opzeggen: lees artikel 40.2.1;
- Ik wil de aanvullende verzekering wijzigen: lees artikel 40.2.2;
- Ik wil weten wanneer OZ de aanvullende verzekering beëindigt voor alle verzekerden: lees artikel 40.2.3;
- Ik wil weten wanneer OZ de aanvullende verzekering beëindigt voor één verzekerde: lees artikel 40.2.4;

40.1 Aanvang en duur van de aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering gaat in op de datum die op uw polis vermeld staat. U sluit de aanvullende verzekering af voor minimaal een volledig kalenderjaar. Dat is het jaar dat loopt van januari tot januari. Dit geldt niet:

- a. als in een aanvullende overeenkomst of in een collectieve verzekering een andere geldigheidsduur is afgesproken;

- b. voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw verzekering op de polis worden bijgeschreven. Hun verzekering loopt even lang als die van u.

Na de minimale geldigheidsduur verlengen wij de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend van jaar tot jaar tenzij u of wij de verzekering beëindigen. In artikel 40 leest u wanneer de aanvullende verzekering kan worden beëindigd.

Toelichting minimale verzekeringsduur:

Stel: U meldt zich aan voor een verzekering met een minimale verzekeringsduur van één kalenderjaar. De verzekering gaat in op 1 september 2006. Het kalenderjaar loopt in dit geval van januari 2007 tot januari 2008. Dat betekent dat u minimaal tot januari 2008 bij ons verzekerd bent. Nadat wij de verzekering stilzwijgend verlengen, gaat de minimale geldigheidsduur opnieuw in.

Als u in oktober 2007 een baby krijgt en die bijschrijft op de aanvullende verzekering is de minimale geldigheidsduur voor deze baby net zolang als de minimale geldigheidsduur van u. Ook voor de baby geldt dus dat de minimale geldigheidsduur loopt tot 1 januari 2008.

40.2 Einde of wijziging van uw aanvullende verzekering

40.2.1 U beëindigt de aanvullende verzekering van alle verzekerden op de polis door:

- a. schriftelijke opzegging:

Uw schriftelijke opzegging moet uiterlijk vóór 1 november bij ons binnen zijn. Uw aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari aanstaande. Houdt u zich niet aan deze opzegtermijn, dan eindigt uw aanvullende verzekering een jaar later op 1 januari. U kunt uw aanvullende verzekering pas opzeggen als de minimale geldigheidsduur (één kalenderjaar) van de aanvullende verzekering verstreken is.

Toelichting opzegtermijn:

Stel: u hebt een StartPakket afgesloten op uw basisverzekering. Deze heeft een minimale geldigheidsduur van een kalenderjaar. De verzekering ging in op 1 september 2006. Het kalenderjaar loopt in dit geval van 1 januari 2007 tot 1 januari 2008. Wilt u het StartPakket opzeggen, dan kan dat op zijn vroegst per 1 januari 2008 door ons dit vóór 1 november 2007 schriftelijk te verzoeken. Wij beëindigen het StartPakket per 1 januari 2008.

- b. schriftelijke opzegging bij verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 2.7 en 44):

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 44. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De lopende aanvullende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van de voorwaarden of de premie die:

- het gevolg is van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzaamt;
- geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten.

Toelichting:

Wij hebben het recht onze voorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten tot een verandering, sturen wij u hierover schriftelijk bericht. Als u het niet eens bent met de verandering hebt u meestal het recht uw aanvullende verzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur van uw aanvullende verzekering nog niet verstreken. Stuur ons hierover binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld een schriftelijk bericht. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

40.2.2 U wijzigt uw aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen. Dat doet u door:

- a. schriftelijke wijziging;

als de minimale geldigheidsduur (één kalenderjaar) van uw aanvullende verzekering is verstreken, kunt u de verzekering voor alle verzekerden op de polis wijzigen. Maak daarvoor gebruik van het wijzigingsformulier dat u bij het afsluiten van de verzekering heeft gekregen of stuur ons een brief (afdeling Klantenbeheer, postbus 90150, 4800 RB Breda) waarin u aangeeft welke wijziging u wilt doorvoeren. Het verzoek voor de wijziging moet vóór 1 december bij ons binnen zijn. Als wij akkoord gaan, wijzigt uw aanvullende verzekering op 1 januari aanstaande. Is uw verzoek na 1 december bij ons binnen dan wijzigt de aanvullende verzekering, indien wij akkoord gaan, een jaar later op 1 januari.

- b. schriftelijke wijziging bij een verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 2.7 en 44):

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 44. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De lopende aanvullende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Op dat moment gaat ook uw nieuwe aanvullende verzekering in. U kunt uw aanvullende verzekering niet wijzigen als het gaat om een verandering van de voorwaarden of de premie die:

- het gevolg is van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzaamt;
- geen betrekking heeft op de aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten.

40.2.3 Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden in de volgende gevallen:

- a. U (verzekeringnemer) sluit, nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan, een andere aanvullende verzekering af. Wij beëindigen de lopende aanvullende verzekering van alle verzekerden op de ingangsdatum van uw nieuwe aanvullende verzekering.
- b. U (verzekeringnemer) betaalt uw premie niet of komt uw andere verplichtingen niet na. Of u (verzekeringnemer en/of verzekerde) maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) oplichting, bedrog, dwang of bedreiging. Wij bepalen dan het moment waarop wij de aanvullende verzekering voor alle verzekerden beëindigen. Dat doen we ook als dit gedrag betrekking heeft op uw hoofdverzekering.

Toelichting:

Wij hanteren het gezinsprincipe. Dit principe gaat ervan uit dat alle leden van een gezin op dezelfde wijze verzekerd zijn als zij hiervoor in aanmerking komen. Wil iemand uit een gezin met een hoofdverzekering een RoyaalPakket afsluiten, dan geldt dat hij die aanvullende verzekering voor het hele gezin af moet sluiten. Wilt u een aanvullende verzekering beëindigen, dan kan dit ook alleen voor het hele gezin.

40.2.4 Wij beëindigen de aanvullende verzekering van één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van één verzekerde door een schriftelijke opzegging op het moment dat (één van) de volgende situaties zich voordoen:

- a. de verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van het gezin van u (verzekeringnemer). Deze verzekerde heeft het recht zich aansluitend zonder selectie zelfstandig bij ons te verzekeren onder dezelfde voorwaarden en tegen de op dat moment geldende premie voor volwassenen.
- b. het verblijf van de verzekerde in het buitenland kan volgens deze voorwaarden niet langer als 'tijdelijk' worden aangemerkt,

tenzij de verzekerde bij ons als 'grensarbeider' is geregistreerd op basis van een internationale verdragsregeling. Wat wij als 'tijdelijk verblijf' zien, kunt u lezen in het vergoedingsoverzicht van uw verzekering.

Als (één van) bovenstaande situaties zich voordoen, moet u dit binnen 30 dagen schriftelijk aan ons melden.

41 Premie, wettelijke bijdragen en kosten

Waar vindt u welke informatie?

- Ik wil weten hoe de kosten van mijn verzekering zijn opgebouwd. Lees artikel 41.1;
- Ik wil weten hoe ik de kosten van mijn verzekering moet betalen. Lees artikel 41.2;
- Ik wil weten wat er gebeurt als ik een betalingsachterstand heb. Lees artikel 41.3;
- Ik wil informatie over de beëindiging van mijn verzekering bij betalingsachterstand. Lees artikel 41.4;
- Ik wil informatie over premieruggave als ik mijn verzekering opzeg. Lees artikel 41.4.

41.1 Kosten

41.1.1 Kosten opbouw

De kosten die u voor uw verzekering moet betalen zijn opgebouwd uit:

- a. de premie. Dit geldt niet voor verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar. Zij zijn ons geen premie verschuldigd;
- b. de wettelijke bijdragen of andere kosten die wij volgens de wet verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- c. de belastingen die wij volgens de wet of een verdrag verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- d. de bedragen die wij rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald, maar die u zelf had moeten betalen omdat ze onder de eigen bijdrage van uw verzekering vielen;
- e. incassokosten die wij moeten maken om openstaande vorderingen bij u te innen;
- f. eventuele andere kosten. Hieronder verstaan wij ook het bedrag dat wij u in rekening brengen als u de verschuldigde kosten niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

41.1.2 Kosten basis

Op basis van de soort verzekering die u heeft afgesloten stellen wij vast:

- wat de hoogte van deze kosten is;
- in welke gevallen en wanneer u (verzekeringnemer) deze moet betalen.

41.2 Betaling

41.2.1 Verschuldigde kosten

U (verzekeringnemer) moet de kosten die u ons verschuldigd bent betalen.

41.2.2 Aansprakelijkheid

U (verzekeringnemer) bent aansprakelijk voor de tijdige betaling van de verschuldigde kosten. Als u (verzekeringnemer) overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over uw vermogen te beschikken, zijn alle andere verzekerden op de polis persoonlijk aansprakelijk voor de betaling van de gehele verschuldigde kosten. Deze hoofdelijke aansprakelijkheid eindigt op het moment dat wij één van de verzekerden als nieuwe verzekeringnemer accepteren.

41.2.3 Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Bij het afsluiten van uw aanvullende verzekering spreken wij met u af of u de kosten vooruit betaalt per maand, kwartaal, halfjaar of jaar en op welke wijze u dat doet. De geldbedragen moeten uiterlijk vóór de eerste dag van die afgesproken periode in ons bezit zijn.

Als wij met u afspreken dat wij de verschuldigde kosten van elke periode van uw bankrekening incasseren, blijft de verantwoordelijkheid tijdig te betalen (dus van een voldoende saldo) bij u liggen.

40.2.4 Aanmelding van een nieuwe verzekerde in een periode

Als u midden in een periode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor deze verzekerde alleen kosten over het resterende gedeelte van deze periode. Deze kosten moeten uiterlijk voor de aanvang van dit resterende gedeelte, dus voordat de verzekering van deze verzekerde ingaat, aan ons betaald zijn.

41.3 Betalingsachterstand

41.3.1 Geen recht op vergoeding

Als u de verschuldigde kosten niet op tijd betaalt, sturen wij u een herinneringsbrief. Daarin verzoeken wij u de verschuldigde bedragen binnen 14 dagen na dagtekening van deze brief aan ons over te maken. Zijn de bedragen binnen 14 dagen niet bij ons binnen, dan bent u in verzuim en kunnen wij de bedragen direct opeisen. Wij vergoeden de kosten van behandelingen waarop u recht heeft vanaf dat moment niet meer. Pas op het moment dat alle verschuldigde bedragen bij ons binnen zijn, heeft u recht op een vergoeding van de kosten als deze onder de dekking van uw verzekering vallen. De kosten die u maakte in de periode dat u in verzuim was en die onder de dekking van uw verzekering vallen, vergoeden wij dan ook alsnog.

Toelichting:

U hebt uw verzekeringskosten over de maand januari niet betaald. Wij sturen u een brief waarin wij u verzoeken dit bedrag binnen 14 dagen aan ons over te maken. U doet dit niet en maakt 20 dagen nadat u deze brief ontvangen heeft, € 300,- aan tandartskosten. Wij vergoeden deze kosten niet, ook al vallen ze onder de dekking van uw verzekering. Een maand nadat u onze brief ontvangen heeft, betaalt u uw achterstallige kosten. Zodra die bij ons binnen zijn vergoeden wij alsnog uw tandartskosten.

41.3.2 Aflossen schuld

Loopt u achter met uw betaling, dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen de langst openstaande (premie)schuld af. Schulden die zijn opgebouwd uit meerdere bedragen, kunt u niet splitsen. Zij moeten in hun geheel worden betaald.

Toelichting 1:

U hebt de kosten voor uw verzekering over een periode van drie maanden niet betaald. U moet deze kosten in zijn geheel betalen. U kunt niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand. Ook kunt u de kosten die u ons verschuldigd bent niet verrekenen met bedragen die u nog van ons te goed heeft. Wij kunnen uw schuld wel verrekenen met bedragen die u van ons krijgt.

Toelichting 2:

U hebt een premieschuld van € 400,-. U hebt ons voor € 100,- aan nota's opgestuurd. Wij moeten beoordelen of deze nota's geheel voor vergoeding in aanmerking komen. U mag deze nota's daarom niet van uw schuld aftrekken. Uw schuld blijft € 400,-.

Toelichting 3:

U hebt een schuld van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- nota's op. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw schuld is daarmee betaald.

41.3.3 Verdragings schade

Vanaf het moment dat u in verzuim bent:

- a. zijn wij gerechtigd u de wettelijke rente over de vordering in rekening te brengen en;
- b. zullen wij u de kosten die wij in en buiten rechte maken in

rekening brengen. (Buitengerechtelijke incassokosten worden berekend volgens het rapport Voorwerk II van de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak. U kunt dit rapport raadplegen op www.verenigingvoorrechtspraak.nl)

41.4 Beëindiging van uw verzekering

41.4.1 Wij beëindigen uw aanvullende verzekering

Als u de verschuldigde kosten niet op tijd betaalt, sturen wij u een herinneringsbrief. Daarin verzoeken wij u de verschuldigde bedragen binnen 14 dagen na dagtekening van deze brief aan ons over te maken. Hebt u de verschuldigde kosten binnen deze termijn van 14 dagen nog niet (volledig) betaald, dan beëindigen wij uw verzekering. Wij hoeven geen officiële verklaring aan u af te leggen dat u uw verplichtingen niet na bent gekomen. Ook de tussenkomst van een rechter is daarvoor niet nodig. U blijft verplicht om ons alle verschuldigde en opeisbare bedragen te betalen. Wij blijven verplicht uw kosten te vergoeden over de periode waarin u nog geen betalingsachterstand had. Meer informatie over de beëindiging van uw verzekering leest u in artikel 40.

41.4.2 Schuld over een beëindigde aanvullende verzekering

Als u (verzekeringnemer én/of verzekerde) ons nog kosten schuldig bent over een verzekering die inmiddels beëindigd is, hebben wij met betrekking tot de lopende verzekering het recht:

- kosten die u van ons vergoed krijgt te verrekenen met de oude openstaande schuld (zie artikel 41.3.2);
- uw huidige verzekering te beëindigen (zie artikel 41.4.1);
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u alle verschuldigde en opeisbare kosten heeft afgelost. De nota's die u in de tussenliggende periode indient, vergoeden wij niet totdat u alle verschuldigde kosten aan ons heeft betaald (zie artikel 41.3.1).

41.4.3 Geld terug bij einde verzekering midden in een periode

Eindigt uw verzekering in een periode die u vooraf heeft betaald, dan krijgt u over het resterende gedeelte van die periode het betaalde bedrag terug. Wij brengen u wel administratiekosten in rekening met een maximum van 25% van het terug te betalen bedrag.

42 Uitsluitingen

42.1 Kosten die onder een andere verzekering vallen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- kosten die u vergoed zou kunnen krijgen uit een volksverzekering, sociale verzekeringswet of andere wettelijke regeling;
- kosten die verband houden met een behandeling die u vergoed zou kunnen krijgen uit een volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling;
- kosten die u vergoed zou kunnen krijgen uit een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum.

42.2 Uitsluiting van bepaalde behandelingen

De volgende kosten vergoeden wij niet vanuit de hoofdverzekering:

- kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet algemeen medisch erkend is volgens de geldende medische normen of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
- kosten die verband houden met psychoanalyse en medisch opvoedkundige kwesties;
- kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Wij vergoeden deze kosten wel als er sprake is van:
 - een verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte;
 - een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is.
- kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
 - keuringen;
 - het afgeven van attesten.

- kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet het doel heeft de ziekte of ziekteverschijnselen te bestrijden of verergering van de ziekte te voorkomen;
- kosten die verband houden met orthodontische behandelingen op (nagenoeg) geheel esthetische indicatie;
- kosten die verband houden met collectieve behandelingen of behandelingen in groepsverband, tenzij deze volgens de voorwaarden wel vergoed worden;
- kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt of verzuimt.

42.3 Kosten door eigen bijdrage

De eigen bijdragen die u moet betalen op grond van bepaalde regelingen of de AWBZ vergoeden wij niet uit de hoofdverzekering. Wij vergoeden deze kosten uit de aanvullende verzekering als deze onder de dekking van deze aanvullende verzekering vallen. Dat staat in dat geval beschreven in het vergoedingenoverzicht van die aanvullende verzekering.

42.4 Kosten door omwisselen muntsoort

Kosten die verband houden met het omwisselen en betalen in vreemde valuta of met betaling op bankrekeningen buiten Nederland, vergoeden wij niet.

42.5 Kosten door geweld of schuld

42.5.1 Molest

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
 - een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand of binnenlandse onlusten;
 - oproer of muiterij;
 - sabotage;
 - rellen, relletjes of opstootjes. Wij gaan hierbij uit van de definities die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Deze tekst is in bewaring gegeven bij de Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag.
- kosten die ontstaan zijn:
 - door uw grove schuld, uw (voorwaardelijke) opzet of met uw instemming;
 - doordat u het opvolgen van de voorschriften van de behandelend arts of therapeut ernstig heeft nagelaten;
 - doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig belemmert.
- kosten die ontstaan zijn doordat u een misdrijf (mede) heeft gepleegd, daar een poging toe heeft gedaan of hieraan medeplichtig bent.

42.5.2 Terrorisme

Wij vergoeden de kosten van schade door terrorisme onder bepaalde voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in het clausuleblad terrorismedekking. Dit clausuleblad vindt u in de bijlage van deze voorwaarden.

42.5.3 Kosten door atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij **niet**. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden, dan vergoeden wij deze wel onder de volgende voorwaarden:

- de Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- de plaats van de nucliden is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde voor de geleden schade aansprakelijk.

Toelichting:

De kosten van bestraling van kankerpatiënten vergoeden wij wel, ook al hebben deze kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

42.5.4 Samenloop

Kosten die u vergoed kunt krijgen uit een andere verzekering of die u vergoed had kunnen krijgen uit deze andere verzekering als u de huidige verzekering niet zou hebben afgesloten, vergoeden wij **niet**. Het maakt daarbij niet uit of u die andere verzekering eerder of later heeft afgesloten. De kosten die niet door deze andere verzekering gedekt zijn vergoeden wij **wel**, mits u daar volgens de voorwaarden van deze verzekering recht op heeft.

43 Beschikbare gegevens en registratie

Om uw verzekering goed uit te kunnen voeren, hebben wij van u nodig:

- de juiste gegevens (artikel 43.1);
- toestemming voor bepaalde handelingen (artikel 43.2);
- inlichtingen indien wij een derde aansprakelijk kunnen stellen (artikel 43.3).

U bent verplicht ons deze gegevens, toestemming en inlichtingen tijdig te geven. Zolang u dit niet doet, vergoeden wij de kosten die u maakt niet en nemen onze verplichtingen tegenover u ook niet toe. Worden wij in een redelijk belang geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt en weigert u alsnog deze na te komen, dan vervalt uw recht op vergoeding in zijn geheel.

43.1 Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven

De gegevens die wij van u (verzekeringnemer en eventuele verzekerden) hebben, moeten juist zijn en juist blijven. Iedere wijziging in deze gegevens die van invloed kan zijn op uw rechten en plichten of op de samenstelling van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat tijdig, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op het moment van de wijziging. Doet u dit niet tijdig, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij vaststellen. Voorbeelden van deze wijzigingen zijn:

- a. een adreswijziging: Wij gaan ervan uit dat onze schriftelijke berichten u bereiken op het adres dat u het laatst aan ons hebt doorgegeven;
- b. wijzigingen in de gezinssamenstelling: Een verzekerde maakt geen deel meer uit van uw gezin of er komt een verzekerde bij.

Toelichting 1:

Adreswijziging: Wij hebben de juiste gegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens verstaan wij daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, telefaxnummer, e-mailadres, etc.

Toelichting 2:

Wijziging van de gezinssamenstelling: Door bijvoorbeeld geboorte of overlijden wijzigt de samenstelling van uw gezin en daarmee van de verzekering. Als dit gebeurt, moet u dat binnen 30 dagen aan ons doorgeven, zodat wij uw verzekering kunnen wijzigen.

43.2 Toestemming

U geeft ons vanaf het moment dat de verzekering ingaat toestemming om:

- a. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te vragen als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de verzekering na te kunnen komen;
- b. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de verzekering na te kunnen komen of om de uitvoering van uw verzekering doelmatiger te laten verlopen;

Toelichting:

Als wij de rekeningen rechtstreeks van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat uw zorgverlener weet hoe u bent verzekerd. Die informatie kunnen wij hem geven.

- c. namens u met zorgverleners en leveranciers van goederen te onderhandelen over de kosten en zonodig (en dan op onze kosten) tegen hen te procederen;
- d. de persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw verzekering(en) op te nemen in onze administratie.

43.3 Inlichtingen

- a. Als wij een derde partij aansprakelijk kunnen stellen voor de kosten die u bij ons hebt gedeclareerd, moet u ons hiervan direct op de hoogte stellen, ons de juiste inlichtingen geven en ons verdere hulp bieden bij verhaal.
- b. Als wij onderzoeken of de verzekering goed wordt uitgevoerd, moet u ons alle inlichtingen verstrekken en alle medewerking verlenen bij het verkrijgen van inlichtingen van derden.

44 Verandering van de voorwaarden

44.1 Ons recht op verandering

Wij hebben het recht:

- a. de polisvoorwaarden,
 - b. de hoogte van de premie,
- tijdens de duur van de verzekering te veranderen. Dit mogen wij zowel voor één of meer soorten verzekering(en) als voor alle verzekeringen doen. Zie voor meer informatie artikel 40.2

Toelichting:

Het gaat in dit artikel bijvoorbeeld om een verandering van de premie doordat de ziekenhuistarieven zijn gestegen.

44.2 Uw recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen

Als u het niet eens bent met de verandering van:

- a. de polisvoorwaarden,
 - b. de hoogte van de premie,
- kunt u uw verzekering opzeggen of wijzigen. De wijze waarop u dat kunt doen is weergegeven in artikel 40.2. U kunt uw verzekering niet opzeggen of wijzigen in de gevallen die genoemd worden in artikel 44.3.

44.3 Geen recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen bij een verandering

U hebt niet het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen als het gaat om een verandering van de voorwaarden:

- a. die het gevolg is van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- b. die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwakt;
- c. die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) bij ons heeft afgesloten.

45 Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen?

Hebt u klachten? Laat het ons weten. Wij zullen de klacht zo goed mogelijk proberen te behandelen. In dit artikel leest u hoe u ons van de klacht op de hoogte kunt stellen en wat u kunt doen als wij deze klacht volgens u niet goed afhandelen.

45.1.1 Schriftelijk bericht

Als u niet akkoord gaat met de manier waarop wij in een bepaald geval uw verzekering uitvoeren of als u andere klachten heeft, kunt u dit telefonisch of schriftelijk aan het interne klachtenbureau van afdeling Klantenservice laten weten. U moet dit doen binnen 30 dagen nadat wij u het bericht van afhandeling hebben gestuurd waarmee u het niet eens bent of nadat de aanleiding van uw klacht is ontstaan. U kunt een brief sturen naar: afdeling Klantenservice, Postbus 90150, 4800 RB Breda.

45.1.2 Reactie binnen 60 dagen

U krijgt binnen 60 dagen nadat wij uw bericht hebben ontvangen een antwoord van afdeling Klantenservice waarin ons standpunt duidelijk wordt gemaakt. Ontvangt u binnen 60 dagen geen reactie, dan betekent dit dat wij niet van onze oorspronkelijke beslissing afwijken.

45.1.3 Niet akkoord?

Gaat u niet akkoord met de beslissing die door ons werd genomen of krijgt u een antwoord dat niet bevredigend is? Dan kunt u een brief schrijven aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (Postbus 291, 3700 AG Zeist). Bij deze stichting werkt de Ombudsman zorgverzekeringen. Deze ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er de Raad van Toezicht die toetst of wij de goede naam van de verzekeringsbedrijfstaking hebben geschaad. Kijk voor meer informatie op www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl

Vindt u ons antwoord op uw klacht of dat van de Ombudsman basisverzekering en niet bevredigend, dan kunt u het geschil ook voorleggen aan de rechter.

46 Overig

In alle gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien, beslissen wij hoe daarmee om wordt gegaan.

47 Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering

Een verzekering die u kunt afsluiten in combinatie met een hoofdverzekering.

ADL-hulpmiddelen

Hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals een beker die niet kan omvallen, aangepast bestek, kraanopeners, of een zogenaamde 'helping hand' om dingen mee op te rapen van de grond.

Ambulance

Een motorvoertuig dat ingericht en bestemd is voor het vervoer van zieken en ongevalsloffers.

Anti-decubitusmateriaal

Hulpmiddelen en materialen om doorliggen en weefselsterfte bij langdurig verblijf in bed te voorkomen.

Apotheek

Een instelling die geneesmiddelen aflevert. Degene die de instelling beheert (de apotheker) moet geregistreerd staan als apotheker zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet BIG.

Arts

Degene die als arts geregistreerd staat, zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet BIG.

Audiologische zorg

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale hulp bij problemen met de gestoorde gehoorfunctie als dit noodzakelijk is.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Toelichting:

Deze wet geeft recht op een vergoeding van kosten voor bijvoorbeeld thuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor de uitvoering van deze wet kunt u zich wenden tot het zorgkantoor in uw regio.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of namen de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Behandeling

Als wij in deze voorwaarden spreken over een behandeling, bedoelen wij:

- a. een geneeskundige behandeling of;
- b. een consult of visite of;
- c. een geneeskundige ingreep of;
- d. een levering van een hulpmiddel of;
- e. een opname of;
- f. een geneeskundige verrichting of;
- g. medisch specialistische zorg.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die staat geregistreerd zoals is bepaald in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bekkenfysiotherapie

De vorm van fysiotherapie bij:

- a. bekkenpijn of bekkenbodemplachten die het gevolg zijn van functiestoornissen van de bekkenbodem zoals incontinentie, obstipatie of verzakkingen;
- b. bekkenpijn of bekkeninstabiliteit als gevolg van functiestoornissen van de bekkenring (bekkengewrichten, lage rug en heupen).

Bevalling

Het einde van de zwangerschap ná de achttiende week.

BIG

Wet BIG ofwel Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bepaalt aan welke eisen de verschillende beroeps-groepen in de gezondheidszorg moeten voldoen.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland. Als u niet in Nederland woont en u hebt juist om die reden bij ons een (andere) verzekering gesloten, dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

Chronische aandoening

Een blijvende aandoening. De aandoening kan zich permanent, periodiek, maar ook incidenteel openbaren.

CVZ

Het College voor basisverzekeringen.

Diëtist

Degene die de titel diëtist mag voeren, zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG, en die lid is van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en/of de Diëtisten Coöperatie Nederland u.a. (D.C.N.).

Eerstelijns psycholoog

Degene die:

- als gezondheidspsycholoog (GZ-psycholoog) geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG, en;
- als eerstelijns psycholoog of CENZO-psycholoog is geregistreerd in het ledenregister van eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.). De Nederlandse Vereniging van Eerstelijns Psychologen kan u informatie verstrekken wie dit zijn (020) 410 62 22.

Eigen bijdrage

Onder eigen bijdrage verstaan wij:

- het deel van bepaalde ziektekosten dat u zelf moet betalen omdat wij die kosten niet volledig vergoeden; of
- de bijdrage die u eerst zelf verschuldigd bent voordat wij u het overige deel vergoeden.

Ergotherapeut

Degene die de titel ergotherapeut mag voeren zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG.

Ergotherapie

Behandeling gericht op systematische oefening om verzwakte of uitgevallen functies te herkrijgen of te stimuleren. Ergotherapie bestaat uit advisering, instructie, training of behandeling gericht op het bevorderen of herstellen van de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde. Ook mantelzorgers in de directe omgeving van de verzekerde kunnen worden geadviseerd, geïnstrueerd of getraind, als dit medisch noodzakelijk is voor de verzekerde.

EU en EER

EU: de landen binnen de Europese Unie: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De bij ministeriële regeling aangewezen vormen van farmaceutische zorg.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG of een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geneesmiddelen

De bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde en niet-geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
- bloedproducten, zoals bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;

Gezin

- gehuwden;
- personen die ongehuwd duurzaam samenwonen op grond van een notariële samenlevingsovereenkomst;

- personen die kunnen aantonen dat ze tenminste zes maanden ongehuwd samenwonen waarbij zij een gemeenschappelijke huishouding voeren;
- ongehuwde eigen-, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- een alleenstaande met één of meerdere kinderen zoals die hierboven zijn beschreven.

Deze personen vormen een gezin als zij op hetzelfde adres wonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Herstellingsoord

a. een instelling die:

- niet uit de AWBZ wordt vergoed, gefinancierd of gesubsidieerd;
- lid is van de Nederlandse Vereniging van Herstelingsoordorganisaties.

b. herstellingsoordvereniging Dennenheuvel met Herstelhotel 'Overbosch' te Hilversum;

c. herstellingsoordvereniging Willen is Kunnen (WIK) met Herstelhotel 'De Kim' in Noordwijk aan Zee;

d. Daidalos Herstel- en Burn-Out Centrum te Driebergen.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering die u krachtens de basisverzekeringwet verplicht bent af te sluiten. U kunt de zorgverzekering afsluiten zonder dat dit in combinatie met een aanvullende verzekering hoeft te gebeuren.

Huidtherapeut

Degene die als huidtherapeut geregistreerd staat bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en de hbo-opleiding tot huidtherapeut met goed gevolg heeft afgerond.

Huisarts

Degene:

- die volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG als arts geregistreerd staat; en
- die in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven; en
- waarbij u als patiënt staat ingeschreven of die wij als huisarts hebben gecontracteerd.

Hulpmiddelen

De bij ministeriële Regeling vastgestelde lijst hulpmiddelen en het daarbij door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Indicatie

Aanwijzing welke behandeling moet worden toegepast bij een bepaalde ziekte, aandoening of gebrek.

Jaar

Als wij het in een schriftelijke toestemming hebben over een jaar, bedoelen wij daarmee een aaneengesloten tijdvak van 365 dagen.

Kaakchirurg

Een tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen. De behandeling of het onderzoek zijn algemeen aanvaard en behoren tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

Kalenderjaar

Het jaar dat loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kinderfysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Klinisch psycholoog

Degene die:

- als gezondheidspsycholoog (GZ-psycholoog) geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG; en
- als klinisch psycholoog is opgenomen in het ledenregister van klinisch psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

Kraamcentrum/kraaminrichting

Een instelling die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten. De instelling ligt in uw regio of ligt buiten uw regio maar is door ons gecontracteerd of aangesloten bij het Landelijk Transferpunt Zorg, Take Good Care Kraamzorg BV of Kraamzorg Nederland BV.

Kraamzorg

De zorg voor moeder, kind en huishouding door de kraamverzorgster bij de verzekerde thuis. De kraamverzorgster is verbonden aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraambureau.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek dat verricht wordt door een laboratorium in het kader van een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium is door de bevoegde overheidsinstantie als laboratorium toegelaten.

Maand

Kalendermaand; de periode die overeenkomt met één van de maanden van het jaar.

Manueel geneeskundige

Een arts zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De arts is ingeschreven in het Nederlands Register van Manuele Geneeskunde.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De fysiotherapeut heeft zich gepresenteerd als manueel therapeut en staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen. De methode van verpleging, onderzoek en behandeling zijn door de medische wetenschap internationaal bekend, voldoende beproefd en deugdelijk bevonden en daardoor erkend.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het Medisch Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Degene die de titel van mondhygiënist mag voeren zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG en lid is van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist. De mondhygiënist werkt zelfstandig (is vrijgevestigd).

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De fysiotherapeut staat als oedeemtherapeut geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oedeemtherapie

Therapie, die ervoor zorgt dat de zichtbare lymfevochtophoping die leidt tot pijn, verminderde mobiliteit of ontstekingen door middel van manuele lymfedrainage verminderd of verwijderd wordt.

Oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck

Degene die titel van oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck mag voeren zoals is bepaald in artikel 34 van de Wet BIG.

Oefentherapie Cesar of Mensendieck of fysiotherapie

Een behandeling door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck of door een fysiotherapeut.

Ongeval

Onder een ongeval verstaan wij:

- een plotselinge uitwendige, onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam;
- bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- verdrinking, verstikking (niet ten gevolge van een ziekte) en verbranding die niet door natuurlijke of kunstmatige bestraling is ontstaan;

- acute vergiftiging en de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging in aansluiting op verwonding ten gevolge van een ongeval;
- besmetting ten gevolge van een onvrijwillige val in het water of enig andere stof;
- uitputting, verhongering en verdorsting ten gevolge van schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing of invriezing, e.d.;
- verstuing, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door een plotselinge, kennelijk overmatige, krachtsinspanning.

Onder een ongeval verstaan wij niet:

- ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia;
- geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel.

Ons

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Aanvullingsfonds OZ zorgverzekeringen U.A.. Deze onderlinge waarborgmaatschappij kan ook worden aangeduid met 'wij'.

Opname

(Aanvang van) een verblijf langer dan 24 uur in een erkende instelling of in een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) dat wij gecontracteerd hebben indien en zolang er:

- een medische noodzaak bestaat voor verpleging, onderzoek en behandeling die alleen in een ziekenhuis of ZBC kunnen worden geboden en;
- onafgebroken medisch specialistische zorg door een specialist of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.

Orthodontist

Een tandarts, die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

OZ Hulplijn Buitenland

Via deze dienst regelen wij medische en aanverwante hulp voor u bij ziekte of een ongeval gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland. Tel: +31 (0)76 524 35 25.

OZ / OZ zorgverzekeringen

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Aanvullingsfonds OZ zorgverzekeringen U.A.. Met deze maatschappij hebt u de verzekering afgesloten. OZ wordt in de voorwaarden aangeduid met 'wij', 'ons' of de maatschappij.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg. De vereniging is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).

Podotherapie

Degene die de titel van podotherapeut mag voeren zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG en lid is van de Nederlandse vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P).

Polis

Het bewijs van verzekering dat u ieder jaar van ons ontvangt. Hierop staat onder andere de datum waarop uw verzekering ingaat en de soort verzekering aangegeven.

Polisvoorwaarden

De voorwaarden en het vergoedingenoverzicht die betrekking hebben op de verzekering(en) die u hebt afgesloten en de regelingen en reglementen waarvan in de verzekeringsvoorwaarden wordt vermeldt dat deze op die verzekering van toepassing zijn.

Prothese

Hulpmiddel dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Psychotherapeut

Degene die als psychotherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. De psychotherapeut werkt zelfstandig (vrijgevestigd) en is lid van de Nederlandse Vereniging van Psychotherapeuten.

Repatriëring

Ziekenvervoer van een verzekerde:

- van zijn tijdelijke verblijfplaats of de plaats van ongeval, plotse-
linge ziekte of behandeling in het buitenland
- naar de plaats van behandeling of verpleging in Nederland of
zijn wettelijke adres of woonadres.

Schoonheidsspecialist

Degene die in Nederland bij de Stichting Kwaliteitscentrum (ANBOS) het diploma heeft behaald van een basisopleiding en van een vervolgopleiding. De vervolgopleiding moet een specialisatie betreffen in behandelingen waarvan de kosten bij ons zijn verzekerd. De schoonheidsspecialist houdt in Nederland praktijk.

Toelichting

Een schoonheidsspecialiste kan dus alleen maar de kosten van een acné-behandeling declareren, als zij – naast haar basisopleiding – ook een diploma voor die specialisatie heeft behaald. Een diploma voor bij voorbeeld elektrische epilatie is niet voldoende om bij OZ een acné-behandeling te kunnen declareren.

Schriftelijk

Per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht.

Schriftelijke toestemming

De toestemming die u schriftelijk bij onze afdeling Zorgaanvragen aanvraagt en waarop u van ons schriftelijk bericht ontvangt. (Afdeling Zorgaanvragen, Postbus 90150, 4800 RB Breda).

Specialist of medisch specialist

De arts die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Specialistische zorg of medisch specialistische zorg

Zorg, behandeling of onderzoek zoals dat in de kring der beroeps-
genoten gebruikelijk is en die behoort tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.

Spoedeisend

Situatie waarbij het medisch niet verantwoord is om het verlenen van hulp uit te stellen en waarbij de hulp direct na het vaststellen van de behoefte ervan wordt verleend.

Sportarts

De arts die:

- a. geregistreerd is in het register van sociaal-geneeskundigen op grond van de Wet BIG in het daartoe aangewezen register. De arts is opgeleid in de sociale geneeskunde en als zodanig geregistreerd;
- b. werkt in een Sportmedisch Adviescentrum dat is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Adviescentra.

Tandarts

Degene die als zodanig geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Tandheelkundige noodzaak

De noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundig - wetenschappelijke overwegingen.

Tandarts implantoloog

Degenen die lid is van de Nederlandse vereniging voor orale implantologie (NVOI).

Tandprotheticus

Degene die is opgeleid volgens de voorwaarden van het Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

Uw aanwezigheid in het buitenland zonder dat u daar woont. In het Vergoedingenoverzicht kunt u terugvinden hoe lang het verblijf in het buitenland mag zijn om nog als tijdelijk te kunnen worden aangemerkt.

Treknormen

De lijst met aanvaardbare wachttijden voor het ontvangen van zorg. Deze lijst is opgesteld door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De wachttijden worden hierin als aanvaardbaar beoordeeld als de gezondheid hierdoor niet geschaad wordt of als hierdoor geen onnodig lang werkverzuim ontstaat. U kunt de lijst vinden op www.rivm.nl onder het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

UPT-tariefcode

De code Uniforme Particuliere Tarieven. Deze code wordt landelijk gebruikt om tandheelkundige verrichtingen te kunnen benoemen.

Verhaalsrechten

Indien schade ontstaat door het handelen van een ander, is het mogelijk dat wij de zorgkosten die uit deze schade voortvloeien op (de verzekering van) die ander kunnen verhalen.

Verloskundige

Degene die als verloskundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG en in Nederland de opleiding tot verloskundige heeft gevolgd. Is de opleiding tot verloskundige in het buitenland gevolgd, dan moet de verloskundige naast de registratie op grond van de Wet BIG ook de aanvullende cursus van het KNOV met goed gevolg hebben afgelegd.

Verpleegkundige

Degene die als verpleegkundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Een verwijzing is een schriftelijke verklaring van een arts waaruit duidelijk kan worden opgemaakt dat de arts een medische indicatie aanwezig acht voor de aangevraagde/ gedeclareerde hulpverlening.

Verzekerde(n)

Degene(n) die zo op de polis vermeld staat of staan. In deze Polisvoorwaarden wordt de verzekerde aangesproken met "u" en "uw".

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering met als onderwerp:

- a. een hoofdverzekering;
- b. een aanvullende verzekering;
- c. een combinatie van een hoofdverzekering met één of meer aanvullende verzekering(en);
- d. een combinatie van aanvullende verzekeringen.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekering heeft afgesloten. In de polisvoorwaarden worden zowel de verzekerde als de verzekeringnemer aangesproken met "u" en "uw". Wanneer we alleen de verzekeringnemer en niet de verzekerde bedoelen, is deze aangeduid met "u (verzekeringnemer)".

Voorschrift/recept

Een voorschrift/recept is een schriftelijke verklaring van een arts waaruit duidelijk kan worden opgemaakt dat de arts een medische indicatie aanwezig acht voor de aangevraagde/gedeclareerde medicatie.

Weesgeneesmiddelen

Geneesmiddelen die nog niet in het GVS zijn opgenomen en die:

- a. bestemd zijn voor de diagnose, preventie of behandeling van zeldzame aandoeningen; of
- b. nieuw en van grote waarde zijn, maar zonder extra inspanning niet op de markt zouden komen.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Aanvullingsfonds OZ zorgverzekeringen U.A. Deze onderlinge waarborgmaatschappij is in deze voorwaarden ook aangeduid met 'ons'.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw sociale activiteiten op één bepaalde plaats of in één bepaald land heeft. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan wordt u geacht daar te wonen.

Toelichting:

Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis heeft, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van maatschappelijke- of sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland.

Toelichting:

Wij praten over "woonland" als u in een ander land woont of bijvoorbeeld voor werk bent gedetacheerd.

Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)

Een organisatorisch verband dat geen deel uitmaakt van en/of niet fungeert ten behoeve van een ziekenhuis. Het Zelfstandig Behandel Centrum verleent medisch specialistische zorg en heeft daarvoor een vergunning van de bevoegde overheidsinstantie ontvangen. Wij verstaan onder Zelfstandig Behandel Centrum niet een eenmanspraktijk of zogenaamde buitenpraktijk van een specialist.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Het ziekenhuis is door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten.

Ziekenvervoer

a. ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:

het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto, helikopter of eigen auto tussen:

1. de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
2. de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, als en voor zover openbaar vervoer volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen niet mogelijk is.

b. ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland:

spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:

1. de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland; en
2. de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of in Nederland of het wettelijke woonadres, als en voor zover openbaar vervoer volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen niet mogelijk is. Wij verstaan onder ziekenvervoer in dit geval niet het vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland.

Zorgverlener

De persoon of instelling die bevoegd is geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de basisverzekering swet aanbiedt.

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Toelichting:

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland geeft adviezen aan de zorgverzekeraars. Van deze vereniging zijn bijna alle zorgverzekeraars in Nederland lid, OZ zorgverzekeringen ook.

Bijlage

1 Clausuleblad ziekenhuisverpleging in de hogere klassen

Op uw polis ziet u of u voor een andere ziekenhuisklasse bent verzekerd. Kijk op het vergoedingenoverzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding voor een andere klasse. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

1.1 Ziekenhuisverpleging in de verzekerde klasse

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisverpleging in de verzekerde klasse. **Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:**

1. de opname is voorgeschreven door een arts;
2. uw verzekerde klasse is hoger dan de basisvoorziening van het ziekenhuis.

Bijzonderheden:

Kosten voor een hogere klasse dan de klasse waarvoor u verzekerd bent, vergoeden wij **niet**.

1.2 Ziekenhuisverpleging in een ziekenhuis met slechts één tweede klasse

Wij hanteren ingeval nog geen afspraken met zorginstellingen zijn gemaakt de volgende regels voor vergoeding:

- a. klasse 2b in 2005 geeft recht op vergoeding voor de toeslag vanwege een 2-persoonskamer in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- b. klasse 2a of 1 in 2005 geeft recht op vergoeding voor de toeslag vanwege een 1-persoonskamer in rekening gebracht door het ziekenhuis.

Voorwaarde voor deze vergoeding is dat de opname is voorgeschreven door een arts.

Toelichting

Met ingang van 1 januari 2006 zijn de speciale tarieven voor een hogere ziekenhuisklasse vervallen. Hiervoor in de plaats komen nieuwe mogelijkheden ten aanzien van luxe en comfort. Op het moment van het drukken van deze voorwaarden is nog niet bekend op welke wijze deze vorm krijgen.

1.3 Compensatie voor verpleging in een lagere klasse dan de verzekerde klasse

Wij verstrekken u per dag dat u verpleegd bent in een lagere klasse dan de verzekerde klasse een uitkering voor maximaal het aantal dagen waarvoor deze situatie gold. De hoogte van de uitkering en het maximum aantal dagen waar u aanspraak op kunt maken, is opgenomen in het Vergoedingenoverzicht.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. de opname is voorgeschreven door een arts;
2. u bent opgenomen in een lagere klasse dan waarvoor u verzekerd bent;
3. u dient bij ons een verzoek in voor de uitkering per verpleegdag.

2 Clausuleblad terrorismedekking

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

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

1.1 Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze

aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting:

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

1.3 Preventieve maatregelen:

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

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

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

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

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

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

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

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorisme

2.1

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

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
 - handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorisme', geldt

dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorisme bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2

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

2.3

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

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

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

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1

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

3.2

De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorisme moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is

bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3

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

3.4

De herververzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorisierisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Het vergoedingenoverzicht

1 Belangrijke termen uit het vergoedingenoverzicht uitgelegd

Eenmalige vergoeding:

Deze behandelingen vergoeden wij slechts één keer per verzekerde tijdens de hele verzekeringsduur. Dit geldt ook als u uw verzekering opzegt, u zich bij een andere maatschappij verzekerd en u zich daarna weer bij ons aanmeldt.

Eigen bijdrage

Voor bepaalde behandelingen betaalt u een eigen bijdrage. Dat is het bedrag wat u zelf voor de behandeling moet betalen. De overige kosten van het bedrag krijgt u volgens de voorwaarden van ons vergoed.

Toelichting:

U heeft gekozen voor het RoyaalPakket. Uw zoon moet besneden worden. In het vergoedingenoverzicht staat dat u voor deze behandeling maximaal € 275,- vergoed krijgt. Het ziekenhuis stuurt u een rekening van € 350,-. U krijgt van ons een vergoeding van € 275,-.

Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)

De overheid heeft een lijst opgesteld met geneesmiddelen en de maximale vergoeding die verzekeraars hiervoor moeten betalen. Wij vergoeden nooit meer voor een geneesmiddel dan de maximale hoogte die door de overheid is vastgesteld.

Kalenderjaar

Bepaalde behandelingen krijgt u één keer per kalenderjaar vergoed. Een kalenderjaar is het jaar dat loopt van 1 januari tot 1 januari.

2 Het vergoedingenoverzicht

In het vergoedingenoverzicht is per verzekering aangegeven welke behandelingen u vergoed krijgt.

- In de linkerkolom staan de behandelingen in alfabetische volgorde.
- Daarnaast is een kolom waarin artikelnummers staan. Die nummers verwijzen naar artikelen in de polisvoorwaarden. In die artikelen staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om voor de vergoeding in aanmerking te komen.
- Daarnaast is per verzekering een kolom opgenomen waarin staat of u de behandeling vergoed krijgt en hoe hoog de vergoeding is.
- Staat de behandeling niet genoemd in het vergoedingenoverzicht van uw verzekering? Dan krijgt u deze niet vergoed.

