

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.
Bel telefoonnummer 033 422 81 88

Schriftelijk

Pro Life Zorgverzekeringen
Postbus 1090
3800 BB Amersfoort

Via Internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden op onze site: www.prolife.nl



Belangrijke telefoonnummers

Pro Life Zorgservice	033 422 81 89
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Pro Life Topkraamzorg	033 422 81 88

Pro Life is een product van Agis Zorgverzekeringen

Polisvoorwaarden 2003

Pro Life Aanvullende Studentenpolis

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de polisvoorwaarden aan van uw Pro Life Aanvullende Studentenpolis. In de voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde termen verstaan wordt.

Dekking

De Pro Life Aanvullende Studentenpolis biedt u een uitgebreide aanvullende dekking tegen ziektekosten, zoals therapieën (psychologische hulp, acnetherapie, stottertherapie), alternatieve behandelwijzen, tandheelkundige hulp en hulp in het buitenland. De Aanvullende Studentenpolis kan worden gesloten in combinatie met de StudentenStandaardpakketpolis. De in de Pro Life Aanvullende Studentenpolis genoemde vergoedingen worden uitsluitend verleend, indien deze vergoedingen niet zijn meeverzekerd bij de StudentenStandaardpakketpolis.

In de omschrijving van de dekkingen is gekozen voor een leesbare stijl en een overzichtelijke aanpak. Per dekkingsonderdeel wordt zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Vergoeding, Voorschrift, Machtiging en Bijzonderheden.

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie bedoeld is om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw recht op vergoeding.

Overige bepalingen

De overige bepalingen hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Bij "verplichtingen van de verzekeringnemer" kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvan bij de verzekeraar wilt indienen.

Pro Life Zorgverzekeringen
december 2002

Inhoudsopgave

1 Begripsomschrijvingen	4
2 Dekking	6
2.1 Omvang van de dekking	6
2.2 Uitsluitingen	6
3 Algemeen	7
3.1 Grondslag van de verzekering	7
3.2 Begin en einde van de vergoeding	7
3.3 Registratie van persoonsgegevens	7
3.4 Pro Life Zorgservice	8
3.5 Letselschadeservice	8
3.6 Ingangsdatum polisvoorwaarden	8
4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	8
4.1 Verhaal	8
4.2 Afhandeling schade	9
5 Premie	9
5.1 Premiebetaling	9
5.2 Schorsing recht op vergoedingen	9
5.3 Kennisgeving	10
6 Wijziging van premie of voorwaarden	10
7 Begin, duur en einde van de verzekering	10
8 Geschillenregeling en toepasselijk recht	11
9 Dekking Pro Life Aanvullende Studentenpolis	11
9.1 Therapieën	11
a. Fysiotherapie	11
b. Oefentherapie Cesar/Mensendieck	12
c. Diverse therapieën	12
9.2 Kraamzorg en bevalling	12
a. Kraampakket	12
b. Eigen bijdrage kraamzorg thuis	12
9.3 Alternatieve geneeswijzen	13
9.4 Preventie en blessures bij sportbeoefening	13
a. Preventie	13
b. Sportmedisch advies	13
9.5 Tandheelkundige hulp	13
a. Gebitsonderhoud	13
b. Tandheelkundige hulp als gevolg van een ongeval	14
9.6 Hulp buitenland	14
a. Preventie	14
b. Spoedeisende hulp in het buitenland	14
c. Agis Alarmcentrale	15
10 AWBZ	16
11 Beroepsverenigingen	17

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van de Volksgezondheid.

Arts

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

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten

De neventarieven die op grond van de WTC (Wet Tarieven Gezondheidszorg) door de instelling, het ziekenhuis of het laboratorium in rekening mogen worden gebracht.

Fysiotherapeut

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

Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

Kraamzorg

Zorg te verlenen door een aan een kraaminstelling verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

Letselschadeservice

De hulp bij het verhalen van persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade.

Medisch adviseur

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

Oefentherapeut

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een persoon, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor aantoonbaar letsel is veroorzaakt.

Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

Specialist

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

Tandarts

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

Verzekeraar

Agis Ziektekostenverzekeringen N.V., ten deze handelend onder de naam Pro Life Zorgverzekeringen, verder te noemen: de verzekeraar.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is genoemd.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Zorgverlener

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

2 Dekking

2.1 Omvang van de dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de in de dekkingsrubrieken genoemde medische behandelingen gemaakt door de verzekerde personen. Vergoeding geschiedt volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze, in beginsel binnen de eigen woonplaats of naaste omgeving, van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist en apotheek.

TIP

**In een aantal gevallen bestaat er geen recht op vergoeding.
U leest dit hieronder in artikel 2.2 UITSLUITINGEN.**

2.2 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 1 die verband houden met een ziekte of afwijking, die al bestond voor het aangaan van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (waaronder tevens wordt begrepen verhoging van de verpleegklasse) en waarvan de verzekerde op de hoogte was of al klachten ondervond, terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanmeldingsformulier of een eventuele medische verklaring;
- 2 van ziekte of ongevallen die het gevolg zijn van opzet of grove schuld van de verzekerde;
- 3 als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten gemaakt zou kunnen worden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 4 van niet-reguliere geneeswijzen, waaronder celtherapie, chelatietherapie, bepaalde sera (ter beoordeling aan de verzekeraar), keuringen en het afgeven van attesten;
- 5 van vormverbeterende operaties om het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, alsmede de hiermee verband houdende kosten van opgetreden complicaties. Het voorgaande is niet van toepassing als er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of een ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 6 van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort;
- 7 van onderzoek of behandeling door een hoogleraar/specialist, tenzij verwijzing door een specialist heeft plaatsgevonden. Zonder deze verwijzing wordt vergoed op basis van de kosten van een specialist/niet-hoogleraar;
- 8 van hulp en begeleiding door personen en instellingen die zich bewegen op maatschappelijk terrein en die als zodanig hun bevoegdheden niet ontlenen aan een erkenning door of namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- 9 als de verzekerde zich niet houdt aan de polisvoorwaarden, tenzij overmacht wordt aangetoond;
- 10 als de verzekerde zich aan een noodzakelijke geneeskundige behandeling onttrekt;
- 11 van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedefinieerd;
- 12 a van schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

- b de onder a genoemde uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
 - c voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het bepaalde onder b geen toepassing;
- 13 van de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en de kosten van bevolkingsonderzoek, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

- 1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier, de afzonderlijk daarbij verstrekte schriftelijke gegevens en de eventuele bij een keuring door de verzekerde verstrekte gegevens vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verzwijging: de verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.
- 3 Kinderen: voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:
 - a zij binnen twee maanden na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
 - b alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.
- 4 Acceptatie: tenzij anders is overeengekomen, is de beslissing tot het accepteren van de verzekering, respectievelijk uitbreiding of verhoging daarvan, gebaseerd op de door de deelnemer aan de verzekeraar verstrekte inlichtingen.

3.2 Begin en einde van de vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de op het polisblad genoemde dekkingsonderdelen en tot de in deze polisvoorwaarden genoemde maximale bedragen. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

3.3 Registratie van persoonsgegevens

De op het aanmeldingsformulier verstrekte en eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verzekeraar hanteert ten aanzien van deze persoonsregistratie en het verwerken van persoonsgegevens de geldende privacywet (Wet Bescherming Persoonsgegevens). Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf' van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensbewerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070 333 87 77, www.verzekeraars.nl.

3.4 Pro Life Zorgservice

- 1 Pro Life Zorgservice informeert en bemiddelt voor de verzekeringnemer over wachttijden met betrekking tot:
 - opname in een ziekenhuis
 - dagbehandeling in een ziekenhuis
 - toegangstijd polikliniek
 - poliklinische behandeling
 - diagnostisch onderzoekPro Life Zorgservice informeert niet over wachttijden voor thuis- en kraamzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.
- 2 De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn wordt geholpen via de Pro Life Zorgservice. Voor de volgende operaties gelden de volgende maximale wachttijden:
 - staaroperaties: 13 weken
 - dotterbehandelingen: 8 weken
 - open hart operaties: 10 weken
 - knie- en heupprotheses: 13 weken
- 3 De garantie voor een maximale wachttijd vangt aan op het moment dat de verzekerde zich bij Pro Life Zorgservice heeft aangemeld of bij een volledige bemiddeling na ontvangst van de door de verzekerde ondertekende machtiging.
- 4 Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijn te regelen, dan vergoedt verzekeraar de beoogde ingreep in een door verzekeraar aangewezen ziekenhuis in binnen- of buitenland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

3.5 Letselschadeservice

- 1 De letselschadeservice verleent hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade:
 - als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval;
 - onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.
- 2 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Aan de letselschadeservice van de verzekeraar zijn voor de verzekerde geen kosten verbonden. Als tijdens de verhaalszaak in overleg met de verzekerde besloten wordt tot een rechtszaak, is de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage in de (proces)kosten verschuldigd.

TIP

**Bel naar de Klantenservice met vragen over Letselschadeservice.
Voor telefoonnummer zie de achterzijde van de polisvoorwaarden.**

3.6 Ingangsdatum van de polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2003.

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verhaal

- 1 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de verzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
- 2 Het niet meewerken van de verzekerde kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.
- 3 De verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

4.2 Afhandeling schade

De verzekerde is verplicht om:

- a de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
- b de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking;
- c de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
- d desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- e de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekerde dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier;
- f computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen;
- g alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.

TIP

**Maak voor het indienen van NOTA'S altijd gebruik van het declaratieformulier.
Dit bespoedigt de afhandeling.**

5 Premie

5.1 Premiebetaling

- 1 Ten aanzien van de premiebetaling geldt het volgende:
 - a de eerste premie en/of wettelijke bijdragen zijn verschuldigd op de op het polisblad vermelde ingangsdatum van de verzekering.
 - b de daarop volgende premie-termijnen zijn bij vooruitbetaling verschuldigd op de overeengekomen vervaldagen.
- 2 Bij tussentijdse beëindiging of wijziging van een verzekeringsovereenkomst waarvan de premie vooruit betaald is, wordt restitutie verleend dan wel suppletie in rekening gebracht vanaf de dag van beëindiging respectievelijk wijziging.
- 3 Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie en/of wettelijke bijdragen te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

5.2 Schorsing recht op vergoedingen

Als de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie en/of wettelijke bijdragen, gelden de volgende bepalingen:

- a bij niet-betaling van enige premie-termijn binnen een maand nadat deze verschuldigd is geworden, is de verzekeraar zonder ingebrekestelling gerechtigd de dekking van de verzekering op te schorten. Deze opschorting wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie was verschuldigd;
- b ook over de periode van opschorting blijven premie en/of wettelijke bijdragen verschuldigd;
- c indien de verzekeraar maatregelen treft tot individuele incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- d de dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering, door de verzekeraar is ontvangen;
- e voor de kosten van behandeling waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.3 Kennisgeving

- 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen.
Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - het van kracht worden voor één of meerdere verzekerden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
 - adreswijziging;
 - huwelijk;
 - samenwoning/samenleving;
 - wijziging van de gezinssamenstelling;
 - wijziging van bank- of postbanknummer.
- 2 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar op haar verzoek alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht.
- 3 Als aan de bovengenoemde meldingsplicht niet is voldaan, bestaat er geen recht op uitkering of premierestitutie.
- 4 Mededelingen verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6 Wijziging van premie of voorwaarden

1 Herziening polis

- a De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- b Zo'n herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum.
De verzekeraar doet van een herziening mededeling.

2 Recht van opzegging polis

- a De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening als genoemd onder 6.1a niet akkoord te gaan.
- b Als de verzekeringnemer dit binnen dertig dagen na de onder 6.1b genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet-verstreken periode waarover de premie is betaald.
Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:
 - bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
 - bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;

3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar vóór de 31e dag na de onder 6.1b genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7 Begin, duur en einde van de verzekering

- 1 De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.
- 2 De duur van de verzekeringsovereenkomst is gekoppeld aan de hoofdverzekering Studenten Standaardpakketpolis. Dit houdt in dat de verzekering telkens stilzwijgend wordt verlengd overeenkomstig de voorwaarden die voor verlenging gelden krachtens de hoofdverzekering.
- 3 In afwijking van het in 7.2 bepaalde eindigt de verzekeringsovereenkomst tussentijds:
 - a door overlijden van de verzekerde;
 - b tenzij anders overeengekomen, voor elke verzekerde dertig dagen na de datum waarop de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;

- c door opzegging door verzekerde of verzekeringnemer middels een aangetekend schrijven, tenminste drie maanden voor het verstrijken van de termijn zoals op het (laatste) polisblad vermeld;
 - d door beëindiging van de hoofdverzekering;
 - e in die situaties genoemd in artikel 7.2a tot en met 7.2d vindt restitutie van de bepaalde premie plaats vanaf de dag waarop de wijziging plaatsvond.
- 4 De verzekeraar is bevoegd de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen:
 - a als de verzekeringnemer twee maanden na de vervalddag van de premie de premie en kosten nog niet heeft betaald;
 - b als de verzekeringnemer of de verzekerde naar aanleiding van een gebeurtenis een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven;
 - c als de verzekeraar zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op verzwijging van omstandigheden die voor de verzekeraar van zodanig belang zijn, dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten;
 - d als de verzekeringnemer niet voldoet aan het schriftelijk verzoek van de verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering voor de verzekeraar noodzakelijk worden geacht;
 - e als de verzekerde de verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst niet nakomt.
 - 5 In het geval als bedoeld in 7.3c heeft de verzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen.
 - 6 In alle overige gevallen als bedoeld in 7.3 eindigt de verzekeringsovereenkomst op de datum als genoemd in de opzeggingsbrief, met dien verstande dat de verzekeraar tenminste een opzegtermijn van veertien dagen in acht dient te nemen.

8 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 Alle geschillen samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter, zulks nadat overleg tussen verzekeringnemer en de verzekeraar geen zinvol resultaat heeft gehad.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde kan een geschil gebaseerd op de ziektekostenverzekering, nadat dit ter kennis is gebracht van de verzekeraar en de verzekeraar haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, danwel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- 3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

9 Dekking Pro Life Aanvullende Studentenpolis

9.1 Therapieën

a Fysiotherapie

Zorgverlening: fysiotherapeut.

Vergoeding: 100% voor maximaal negen vervolgbehandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

- Bijzonderheden:
- de kosten voor fysiotherapie worden uitsluitend vergoed:
 - als voor dezelfde aandoening de therapie ten laste van de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden;
 - als de behandeling direct aansluitend hieraan plaatsvindt bij dezelfde zorgverlener.
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

b Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: 100% voor maximaal negen vervolgbehandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden:

- de kosten voor oefentherapie worden uitsluitend vergoed:
 - als voor dezelfde aandoening de therapie ten laste van de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden;
 - als de behandeling direct aansluitend hieraan plaatsvindt bij dezelfde zorgverlener.
- onder oefentherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sport-massage en arbeids- en bezigheidstherapie.

c Diverse therapieën

Omschrijving:

- eerstelijnspsychologie;
- acnetherapie: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat;
- stottertherapie.

Zorgverlening:

- eerstelijnspsychologie: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden;
- acnetherapie: gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten);
- stottertherapie: het Del Ferro instituut, instituut de Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.

Vergoeding: maximaal € 272,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van de onder c genoemde therapieën.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

9.2 Kraamzorg en bevalling

a Kraampakket

Omschrijving: volledig kraampakket.

Vergoeding: volledig in natura.

Bijzonderheden:

- de verzekerde dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum contact op te nemen met de klantenservice;
- de verzekerde ontvangt een kraampakket in de zesde of zevende maand van de zwangerschap.

b Eigen bijdrage kraamzorg thuis

Omschrijving: vergoeding van kosten gemaakt in verband met de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg thuis.

Vergoeding: maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: de verzekerde dient een betalingsbewijs te overleggen.

TIP

**Bel uiterlijk vijf maanden voor de bevalling naar de klantenservice.
Telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

9.3 Alternatieve geneeswijzen

- Omschrijving: • chiropractie;
• homeopathie (klassiek);
• manuele geneeskunde;
• Moermantherapie;
• natuurgeneeswijzen;
• orthomanipulatie;
• orthomoleculaire geneeskunde;
• orthopedische geneeskunde;
• osteopathie.
- Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.
- Vergoeding: maximaal € 340,- voor de gezamenlijke kosten van de genoemde alternatieve geneeswijzen met een eigen bijdrage van € 22,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.
- Bijzonderheden: • homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, apotheekhoudende huisarts of (klassiek) homeopaat;
• de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking.

9.4 Preventie en blessures bij sportbeoefening

a Preventie

Omschrijving: een bandage of brace voor de behandeling van een sportblessure.

Vergoeding: 50% tot maximaal € 45,- per kalenderjaar.

Voorschrift: behandelend arts of fysiotherapeut.

b Sportmedisch advies

Omschrijving: blessureconsult, onderzoek, advies en sportkeuringen door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

Bijzonderheden: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

9.5 Tandheelkundige hulp

a Tandheelkundige hulp

Omschrijving: tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie, implantologie, de volledige uitneembare gebitsprothese en bijzondere tandheelkunde).

Zorgverlening: tandarts, parodontoloog, subfaculteit tandheelkunde, instelling voor jeugd tandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist(e).

Vergoeding: maximaal € 453,- met een eigen bijdrage van € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: • de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/ABWZ, en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
• vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
• niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;

- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent de verzekeraar de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WVG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT);
- vergoeding van de techniekkosten vindt plaats op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG) of de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLAT) aan haar leden adviseert.

b Tandheeskundige hulp als gevolg van een ongeval

Omschrijving: tandheeskundige hulp noodzakelijk als gevolg van een ongeval.

Vergoeding: eenmalige extra vergoeding van maximaal € 907,- per ongeval.

- Bijzonderheden:*
- onder een ongeval wordt verstaan: de plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijke letsel is veroorzaakt;
 - het ongeval heeft plaatsgevonden en de kosten zijn gemaakt in een periode waarin recht op vergoeding bestaat;
 - het ongeval is gemeld binnen zes maanden nadat het heeft plaatsgevonden;
 - de kosten zijn gemaakt binnen twee jaar na het ongeval;
 - de tandheeskundige behandeling mag niet onnodig duur zijn en mag uit tandheeskundig oogpunt niet onnodig ingewikkeld of ondoelmatig zijn.

9.6 Hulp buitenland

a Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen

Omschrijving: kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: GG&GD, huisarts, tropenpoli of luchthavenpoli.

Vergoeding: maximaal € 90,- per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinatie in verband met beroepsmatig reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

b Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens tijdelijk verblijf van maximaal zes maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan hulp die bij vertrek redelijkerwijs niet is te voorzien.

- Vergoeding:*
- honoraria van artsen;
 - ziekenhuisopname en operatie. Bij ziekenhuisopname vindt vergoeding plaats volgens de laagste klasse;
 - door een arts voorgeschreven behandelingen en onderzoek;
 - door een arts voorgeschreven genees- en verbandmiddelen;
 - medisch noodzakelijk vervoer naar en van de plaats van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis dan wel de dichtstbijzijnde arts of specialist;
 - tandheeskundige hulp op basis van de kostprijs tot maximaal € 340,- per verzekerde per vakantie reis uitsluitend bij directe pijnklachten.

Onder tandheeskundige kosten wordt verstaan:

- de honoraria van (tand)artsen voor tandheeskundige behandeling exclusief de vergoeding voor prothetische hulpverlening;
- de in verband met de behandeling gemaakte röntgenfoto's;
- de door de tandarts voorgeschreven geneesmiddelen.

Machtiging: ja:

- in geval van ziekenhuisopname en/of voortdurende poliklinische danwel medische behandelingen die langer duren dan een week dient terstond – vóóraf en bij spoedopname binnen 48 uur - telefonisch contact op te worden genomen met de Agis Alarmcentrale;
- voor ziekenvervoer of vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar Nederland VOORAF via Agis Alarmcentrale.

Bijzonderheden: de verzekering geldt tijdens een onbeperkt aantal vakantie-reizen naar het buitenland. Deze reizen mogen niet langer duren dan zes maanden, tenzij het gaat om een verblijf in het buitenland van langer dan zes maanden in het kader van de studie met behoud van het recht op studiefinanciering. Onder reizen worden ook dag- en weekendtrips verstaan.

er bestaat geen recht op vergoeding als:

- de verzekerde bij vertrek naar het buitenland al kan voorzien dat hij/zij daar geneeskundige hulp nodig heeft of dat het nodig zal zijn dat hij/zij teruggebracht wordt naar Nederland;
- de geneeskundige hulp niet dringend noodzakelijk is en uitgesteld kan worden tot de verzekerde weer in Nederland is;
- het verblijf buiten Nederland uitsluitend of mede bedoeld is om een medische behandeling te ondergaan of voort te zetten;
- de hulp verband houdt met bevalling in het buitenland na 32 weken zwangerschap;
- de verzekerde geholpen moet worden als gevolg van een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij;
- de verzekerde geholpen moet worden als gevolg van een atoomkernreactie (ongeacht de oorzaak van deze kernreactie);
- de verzekerde en/of derden zelf de ziekenhuisopname en/of terugreis (van zieke, gewonde of stoffelijk overschot) naar Nederland betalen of organiseren;
- de verzekerde of diens nabestaanden zich niet heeft of hebben gehouden aan genoemde verplichtingen;
- er op een origineel recept of nota veranderingen zijn aangebracht.
- vergoeding vindt plaats in Nederlands wettig betaalmiddel en wordt gebaseerd op de omrekeningskoers die het College voor zorgverzekeringen voorschrijft. Bij gebreke daarvan wordt de dagkoers gehanteerd, tenzij dat niet mogelijk is omdat er geen officiële dagkoers is (genoteerd). De in Nederland op deze verzekering van toepassing zijnde eigen bijdragen en maximale bedragen zijn eveneens in het buitenland van toepassing.
- de verzekerde moet alle kosten die hij/zij in het buitenland heeft gemaakt voor geneeskundige-, tandheelkundige- of overige verzekerde hulp de originele en gespecificeerde nota's overleggen aan de verzekeraar, met de bijbehorende betalingsbewijzen. Bij de nota's moet de verzekerde een medische verklaring overleggen, waaruit blijkt dat sprake was van dringend noodzakelijke hulp.
- de verzekerde moet de verzekeraar ook de afschriften overleggen van recepten voor verstrekte genees- en verbandmiddelen die de behandelend arts in het buitenland de verzekerde heeft voorgeschreven.
- als de verzekerde gebruik heeft moeten maken van ambulance-, taxi- of eigen vervoer moet hij/zij een verklaring overleggen van de arts die hem/haar behandeld heeft in het buitenland. Uit deze verklaring moet blijken dat dit vervoer medisch noodzakelijk was.

c Agis Alarmcentrale

Omschrijving: recht op hulpverlening die georganiseerd is via de Agis Alarmcentrale.

- Vergoeding:
- opsporing, redding of berging door of onder leiding van een bevoegde instantie en transport terug naar de bewoonde wereld;
 - repatriëring van zieken of gewonden: de kosten van medisch noodzakelijk vervoer – omdat de verzekerde ziek of gewond is – inclusief begeleiding door een arts of verpleegkundige vanuit het buitenland naar een plaats in Nederland, indien niet kan worden gereisd met het eigen vervoermiddel of openbaar vervoer;
 - extra reis- en verblijfkosten van de verzekerde omdat hij/zij ziek of gewond is én van één reisgenoot voor noodzakelijke verpleging en bijstand, tot gezamenlijk maximaal € 1.134,- voor maximaal 21 dagen vanaf de eerste dag van de ziekte of het ongeval;

- toezending van medicijnen en/of hulpmiddelen die op doktersvoorschrift dringend noodzakelijk zijn, die niet vallen onder reeds bekende onderhoudsmedicatie en die niet verkrijgbaar zijn op de buitenlandse bestemming;
 - overbrengen van boodschappen die dringend noodzakelijk aan de verzekerde overgebracht moeten worden, mits deze boodschappen betrekking hebben op een verzekerde gebeurtenis;
 - repatriëring, begrafenis of crematie bij overlijden;
 - de kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland, en van de hiervoor noodzakelijke kist, óf;
 - de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse en de reiskosten vanuit Nederland en terug van familieleden van de overledene in de eerste of tweede graad, inclusief de verblijfkosten gedurende ten hoogste drie dagen, tot maximaal het bedrag dat zou zijn vergoed in geval van transport van het stoffelijk overschot naar Nederland;
 - de vergoeding wordt verleend onder aftrek van besparingen en restituties.
- Op vergoeding van (extra) verblijfkosten wordt wegens bespaarde kosten van normaal levensonderhoud een vaste aftrek toegepast van 10% van de verblijfkosten.

TIP

Neem altijd als u naar het BUITENLAND gaat uw Zorgpas en telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

10 AWBZ

Rechten en verplichtingen

Voor zover in de AWBZ niet anders is geregeld worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in deze polisvoorwaarden.

AWBZ-zorgaanspraken

Vergoed worden de zorgaanspraken krachtens de AWBZ met inachtneming van de bij of krachtens de AWBZ gestelde regels. De AWBZ kent onder meer de volgende zorgaanspraken:

- geestelijke gezondheidszorg;
- thuiszorg;
- opname in een verzorgingshuis;
- opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten;
- opneming in een verpleeghuis;
- ziekenhuisverpleging, na één jaar opname.

11 Beroepvereniging

Alternatieve geneeswijzen

Chiropractie

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractec Nederland (SCN)
- Stichting Nationaal Register Chiropractoren (SNRC)

Eerstelijnspsychologie

- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)

Homeopathie (klassiek)

- Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- Register van Klassiek Homeopaten (NOKH)

Manuele geneeskunde

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

Moermantherapie

- Artsenvereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie.
- Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding

Natuurgeneeswijzen

- Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG)
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP)

Orthomanipulatie

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG)

Orthomoleculaire geneeskunde

- Maatschappij ter bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

Orthopedische geneeskunde

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG)

Osteopathie

- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

