

## Artikel 1

### Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1 **De maatschappij**  
Royal Nederland Schadeverzekering N.V.
- 1.2 **Verzekerde**  
ieder van de als zodanig in het polisblad vermelde personen;
- 1.3 **Verzekeringnemer**  
degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan;
- 1.4 **Medische noodzaak**  
de noodzakelijkheid van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen;
- 1.5 **Ziekenhuis/sanatorium**  
een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek of behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos;
- 1.6 **Opneming**  
opneming van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn;
- 1.7 **Verpleegkosten**  
de kosten van verpleging die door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstanties goedgekeurde tarieven in rekening worden gebracht;
- 1.8 **Specialist**  
een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- 1.9 **Specialistische behandeling**  
behandeling of onderzoek, volgens algemene medische normen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven;
- 1.10 **Kosten van de klinisch specialistische behandeling**
  - het honorarium van een specialist wegens door hem verrichte behandeling tijdens de opneming in een ziekenhuis;
  - bijkomende kosten zoals omschreven in 1.11;
- 1.11 **Bijkomende kosten**  
de medische kosten die - naast de verpleegkosten en de kosten van specialistische behandeling - rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de opneming in een ziekenhuis.

## Artikel 2

### Omvang van de dekking

De maatschappij verleent vergoeding van de hieronder genoemde kosten indien en voorzover vanwege het ziekenfonds krachtens de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en/of een Standaard Pakket Polis welke bij de maatschappij is ondergebracht verstrekking van verpleging en behandeling in de laagste klasse van een ziekenhuis plaatsvindt. Bij opneming in de verzekerde klasse van een ziekenhuis onbeperkte vergoeding van de meerdere:

- verpleegkosten;
- bijkomende kosten;

- kosten van klinische specialistische behandeling, met dien verstande dat:
  - er een medische noodzaak voor klinisch specialistische behandeling aanwezig moet zijn;
  - de vergoeding van verpleging en behandeling wegens psychische aandoeningen zich uitstrekt over ten hoogste 365 \*dagen per ziektegeval.Onder ziektegeval wordt verstaan: elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of ziekte-oorzaken.

## Artikel 3

### Bijzondere aanspraken en rechten

- 3.1 **Buitenland**  
Indien verzekerde tijdelijk buiten Nederland in Europa, zijnde bij opneming in verband met acute ziekte of ongeval, verstrekking vanwege het ziekenfonds en/of een particuliere ziektekostenverzekering ontvangt, zal krachtens de onderhavige verzekering eveneens aanspraak op vergoeding van kosten kunnen worden gemaakt, zoals vermeld in de "Omvang van de dekking". Voor die verzekerde, waarvoor deze verzekering een aanvullende dekking op de bij de maatschappij ondergebrachte Standaard Pakket Polis is, geldt dat de dekking niet beperkt is tot Europa.  
De vergoeding zal in Nederland worden uitgekeerd in Nederlands courant met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.
- 3.2 **Besmettelijke ziekten**  
Bij verblijf in een inrichting bestemd voor de verpleging van lijdende aan infectieziekten genoemd in de Wet Bestrijding Infectieziekten Opsporing Ziekte-oorzaken kan aanspraak op vergoeding van de bij deze polis verzekerde kosten worden gemaakt.
- 3.3 **Plastische en reconstructieve chirurgische behandeling**  
De meerdere kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed in de volgende gevallen:
  - bij verminking ten gevolge van een ongeval en/of ziekte;
  - wegens direct bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.
- 3.4 **Opneming in een lagere klasse**  
Bij opneming in een lagere klasse dan de verzekerde verpleegklasse kan de verzekerde aanspraak maken op een vergoeding van f 50,- per dag die de verzekerde in de lagere verpleegklasse doorbrengt. Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend mits een daartoe strekkend verzoek binnen 1 jaar na opname bij de maatschappij wordt ingediend.

## Artikel 4

### Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

- 4.1 voor ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden vóór het aanvragen van de verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond.  
Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeringnemer de maatschappij van de bewuste

ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de maatschappij daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld.

Bij totstandkoming van een uitbreiding van de dekking (behoudens een uitbreiding bij een algemene aanpassing, zoals omschreven in artikel 9) respectievelijk verhoging van de verzekerde verpleegklasse, is het vorenstaande van overeenkomstige toepassing met betrekking tot deze uitbreiding respectievelijk verhoging;

- 4.2 voor kosten veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.

De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd;

- 4.3 indien en voorzover door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt;

- 4.4 voor de verschuldigde eigen bijdrage krachtens de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);

- 4.5 voor de kosten ontstaan door, dan wel verband houdende met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op verzekerde toegepaste medische behandeling;

- 4.6 voor de kosten van plastische en reconstructieve chirurgie behoudens in de gevallen genoemd onder Bijzondere aanspraken en rechten (artikel 3.3).

## Artikel 5

### Algemeen

#### 5.1 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer en/of de verzekerde(n) gedane, al dan niet eigenhandig geschreven, mededelingen alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer en/of verzekerde(n) verstrekt gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. De maatschappij is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de maatschappij daarvan kennis had gedragen.

#### 5.2 Strekking van de verzekering

Voor elke op het polisblad of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voorzover verzekerd en omschreven in de "Omvang van de dekking". Op vergoeding van de verzekerde kosten kan aanspraak gemaakt worden tot ten hoogste het bedrag, hetwelk door de verzekerde, indien hij niet verzekerd was, volgens de ter plaatse gebruikelijke maatstaf verschuldigd zou zijn. De bewijslast dat het bedrag van de ingediende nota hoger is dan hetgeen verschuldigd zou zijn geweest, rust bij de maatschappij. Met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald worden ten hoogste de tarieven vergoed,

zoals deze zijn vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

#### 5.3 Vrije keuze klasse van ziekenhuis, opnemings hogere klasse

De verzekeringnemer is vrij in de keuze van de klasse waarin de verpleging zal geschieden, met dien verstande, dat bij verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis dan waarvoor de verzekering van de desbetreffende verzekerde van kracht is, de meerdere verpleegkosten vergoed zullen worden, zoals die bij verpleging in de verzekerde klasse verschuldigd zouden zijn geweest.

- 5.4 **Begin en einde van het recht op vergoeding**  
Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is.

## Artikel 6

### Verplichtingen bij opnemings in een ziekenhuis

De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht ervoor te zorgen:

- 6.1 dat van een opnemings in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk kennis wordt gegeven aan de maatschappij;
- 6.2 dat alle nota's betreffende het verstreken kalenderjaar vóór 1 juni van het daaropvolgende jaar zijn ingediend;
- 6.3 dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
- 6.4 dat desgevraagd aan de maatschappij, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen.

Bij het niet nakomen van de hierboven vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

## Artikel 7

### Schorsing en premierestitutie

#### 7.1 Schorsing

Niet-betaling van de premie en de kosten binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd zijn, heeft, zonder dat enige ingebrekestelling is vereist en onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling, schorsing van de verzekering ten gevolge, welke schorsing alsdan wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie en kosten verschuldigd waren. De verzekering wordt weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop de verschuldigde premie en kosten zijn voldaan en door de maatschappij aangenomen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

#### 7.2 Premierestitutie

De verzekering geschiedt zonder restitutie van premie.

## Artikel 8

### Herzieningen

Algemene herziening van premie, eigen risico en/of voorwaarden.

- 8.1 De algemene herziening van de premie en/of voorwaarden zal en bloc dan wel groepsgewijs geschieden op een door de maatschappij vast te stellen datum.  
Deze algemene herziening zal voor de verzekeringnemer van deze datum af van kracht zijn.
- 8.2 De verzekeringnemer heeft het recht niet akkoord te gaan met die herziening.
- 8.3 Indien de verzekeringnemer met een dergelijke herziening niet akkoord gaat en hiervan voor de datum van de premieverhoging aan de maatschappij schriftelijk kennis geeft, eindigt de verzekering per die datum.
- 8.4 Heeft de maatschappij geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## Artikel 9

### Duur en einde van de verzekering

- 9.1 De verzekering is aangegaan voor een periode als in deze polis omschreven en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste 3 maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd.
- 9.2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de maatschappij niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 5.1 en in geval van schorsing als bedoeld in artikel 7.1.
- 9.3 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze:
  - 9.3.1 ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
  - 9.3.2 niet langer verzekerd kan blijven bij een ziekenfonds en/of particuliere ziektekostenverzekeraar.  
Ingeval van het in 9.3.2 vermelde heeft verzekerde het recht, binnen 1 maand na de datum waarop de verzekering bij een ziekenfonds beëindigd is, zijn aanvullende verzekering te doen vervangen door een Standaard Pakket Polis. Er zal geen selectie plaatsvinden ten aanzien van ziekten of afwijkingen of klachten, die zijn ontstaan of zich hebben geopenbaard gedurende de looptijd van de Aanvullende verzekering.

## Artikel 10

### Adres

Kennisgevingen door de maatschappij worden geacht rechtsgeldig te zijn geschied aan de verzekeringnemer indien deze zijn gedaan aan diens laatst bij de maatschappij bekende adres of aan het adres van de tussenpersoon, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt. De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen, schriftelijk op de hoogte te brengen van een adreswijziging van een verzekerde.

Is voor het nieuwe adres volgens het tarief van de maatschappij een hogere dan wel een lagere premie verschuldigd, dan zal de premie dienovereenkomstig per de eerstvolgende premievervaldag na deze wijziging worden aangepast.

## Artikel 11

### Geschillen

Geschillen over deze verzekeringsovereenkomst zijn onderworpen aan het Nederlands recht, tenzij uitdrukkelijk

anders is overeengekomen. De rechter in Rotterdam of Amsterdam is bevoegd over eventuele geschillen uitspraak te doen.

## Artikel 12

### Onafhankelijke klachtenbehandeling

Klachten over deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan:

- de Ombudsman Zorgverzekeringen;
- de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf; Postbus 93560, 2509 AN 's-Gravenhage.

## Artikel 13

### Privacy-bescherming

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing.