

Onderlinge Waarborgmaatschappij
"SR-Zorgverzekeraar" U.A.
K.v.K. Rotterdam 24249971

AANVULLING ZORG RIANT MKB

ALGEMENE VOORWAARDEN

ART. 01 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Alternatief genezer**
Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend en als zodanig praktiserend.
2. **AWBZ**
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
3. **Farmaceutische hulp**
De als zodanig voorgeschreven
 - a. geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
 - b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
 - c. bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening;
 - d. polymere, oligomere, monomere en modulaire diëetpreparaten;
 - e. verbandmiddelen;Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:
 - cosmetische middelen;
 - genotmiddelen en medicinale wijnen;
 - vermageringsmiddelen;
 - andere dan de in artikel 1.3.d genoemde dieetpreparaten;
 - versterkende middelen en voedingsmiddelen;
 - vitaminepreparaten, tenzij het gebruik hiervan door de behandelend arts is geïndiceerd en voorgeschreven.
4. **Hoofdverzekering**
De bij de Zorgverzekeraar ondergebrachte verzekeringen krachtens de Ziekenfondswet en de AWBZ.
5. **Maatschappij**
De aan de voorzijde van deze voorwaarden genoemde maatschappij.
6. **Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medische overwegingen.
7. **Verzekerde(n)**
Degene(n) die als (mede)verzekerde(n) wordt (worden) aangemerkt voor de hoofdverzekering en als zodanig op het (voorlopig) Bewijs van Verzekering van de Zorgverzekeraar is (zijn) vermeld.
8. **Verzekeringnemer**
Degene met wie de verzekering is aangegaan.
9. **Wachttijd**
Een periode, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering, waarbinnen voor genoten hulp en/of behandelingen geen aanspraak op vergoeding bestaat krachtens deze verzekering.
10. **Ziekenhuis**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, kraaminrichting, revalidatiecentrum of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.
In het buitenland wordt daaronder verstaan elke in dat land door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting waar verpleging, onderzoek en behandeling van zieken plaatsvindt.
11. **Zorgverlener**
Een in Nederland gevestigde (huis)arts, specialist, verloskundige, verpleegkundige, ziekenverzorgende, kraamverzorgende, bewegingstherapeut (fysiotherapeut, manueeltherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, heilgymnast-masseur, chiropractor), logopedist, kaakchirurg, orthodontist, tandarts, podotherapeut, huidtherapeut en psycholoog/psychotherapeut die allen als zodanig door de bevoegde overheidsinstanties zijn erkend en geregistreerd.
12. **Zorgverzekeraar**
Onderlinge Waarborgmaatschappij 'SR-Zorgverzekeraar' U.A., gevestigd te Rotterdam (K.v.K. Rotterdam 24249971).

ART. 02 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekerde verstrekte gegevens. Verzwijging alsmede onjuiste of onvolledige opgave heeft tot gevolg dat de maatschappij niet tot vergoeding van enige kosten is gehouden. Bovendien heeft de maatschappij in dat geval het recht zich op vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

DOEL VAN DE VERZEKERING

Doel van deze verzekering is een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen van bepaalde in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven kosten, die niet of slechts gedeeltelijk op grond van de bepalingen van de Ziekenfondswet voor vergoeding in aanmerking komen. De verzekering is een aanvulling op de vergoedingen op grond van de Ziekenfondswet en kan dan ook uitsluitend totstandkomen in combinatie met een (verplichte) ziekenfondsverzekering bij de Zorgverzekeraar. Dit kan alleen indien en zolang krachtens beide verzekeringen dezelfde verzekerden zijn verzekerd.

De procedures om voor bepaalde kosten vergoeding te verlenen, ofwel op grond van de Ziekenfondswet ofwel uit deze verzekering, kunnen verschillend van aard zijn, aangezien de vergoedingen op grond van de Ziekenfondswet een wettelijke basis kennen.

OMVANG VAN DE VERZEKERING

ART. 03 MEDISCHE NOODZAAK

Tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald, bestaat er alleen recht op uitkering indien en voorzover tot het maken van de kosten een medische noodzaak aanwezig is.

ART. 04 VERZEKERDE KOSTEN

Uitsluitend indien de kosten niet of slechts gedeeltelijk in aanmerking komen voor vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering worden (aanvullend) vergoed:

1. **Alternatieve geneeskundige hulp**
Volledig vergoed worden de kosten van alternatieve geneeskundige hulp terzake onderzoek en behandeling, inclusief de op grond daarvan voorgeschreven alternatieve geneesmiddelen, door een arts tot ten hoogste € 230,- per verzekerde per kalenderjaar wanneer deze kosten in rekening worden gebracht door een alternatief genezer (niet-arts), mits deze lid is van een landelijke beroepsvereniging.
2. **Bevalling en kraamzorg**
Voor verzekerden van het vrouwelijk geslacht worden de eigen bijdragen - als aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering - vergoed van:
 - a. een (poli)klinische bevalling, welke niet op medische indicatie plaatsvindt;
 - b. kraamzorg door een door de overheid erkende instelling voor kraamzorg.
3. **Brillenglazen en contactlenzen**
Vergoed worden (tot ten hoogste eenmaal per drie kalenderjaren) de glazen van een bril of een stel contactlenzen tot ten hoogste:
 - a. € 23,- per glas dan wel € 34,- per contactlens bij 4 of meer dioptrieën;
 - b. € 46,- per glas dan wel € 70,- per contactlens bij 10 of meer dioptrieën.
4. **Eigen bijdragen**
Vergoed worden de eigen bijdragen met betrekking tot niet-klinische psychiatrische hulp welke uit hoofde van de AWBZ aan verzekerde in

rekening worden gebracht met uitzondering van de eigen bijdrage in rekening gebracht voor hulp door het RIAGG.

5. Farmaceutische hulp

Vergoed worden de kosten van:

- door een (huis)arts, specialist, tandarts of verloskundige voorgeschreven en onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts geleverde farmaceutische hulp;
- door een specialist of huisarts voorgeschreven middelen ter voorkoming van zwangerschap;
- door een arts voorgeschreven dieetpreparaten ter bestrijding van een ernstige passagetoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

6. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie bij ongewenste kinderloosheid van de verzekerde vrouw, mits op voorschrift van de behandelend arts en de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.

7. Fit-Plan

Op vertoon van het aan verzekerde op grond van deze verzekering uitgereikt verzekeringsbewijs wordt bij inschrijving en verlenging een korting verleend van 10% op de kosten van een abonnement op van een fitheidsprogramma, indien dat wordt gevolgd bij een bij het AFP Preventie Centra Nederland aangesloten centrum.

8. (Fysio)therapeutische hulp

Vergoed worden de kosten van door een ter zake gediplomeerde uitgevoerde chiropractie, foniatrie, heilgymnastiek, logopedie (waaronder stottertherapie), manuele therapie, oefentherapie, orthoptische hulp, podotherapie en andere fysiotherapeutische behandelingen, mits deze herstelbevorderend zijn en zijn voorgeschreven door een huisarts, specialist of tandarts.

9. Herstelingsoord

Vergoed worden de kosten van verblijf in een bij het Verbond van Nederlandse Herstelingsoordorganisaties aangesloten herstelingsoord gedurende maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar tot ten hoogste € 23,- per dag, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

10. Hulpmiddelen

Als aanvulling op de hoofdverzekering worden bovendien als hulpmiddel beschouwd de door de behandelend arts voorgeschreven :

Enuresis-(plas)wekker, bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood, steunzolen alsmede zooltjes voorgeschreven door een podotherapeut. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen Ziekenfondsverzekering anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt in ieder geval verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen.

Op deze verstrekking zijn de in de regeling Hulpmiddelen genoemde maximale vergoedingen en eigen bijdragen niet van toepassing.

11. Oogmeting

Vergoed worden de kosten van uitgevoerde oogmeting.

12. Preventieve geneeskunde

Vergoed worden de kosten van preventieve onderzoeken en vaccinaties.

13. Privékliniek

Uitsluitend indien de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen worden vergoed de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen privékliniek, welke niet is verbonden aan een Nederlands ziekenhuis, voorzover deze kosten niet hoger zijn dan de kosten van vergelijkbare onderzoeken, behandelingen en verpleging in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam.

14. Ronald McDonald- of familiehuis

Vergoed worden - in geval van opname van een meeverzekerd kind - de verschuldigde eigen bijdrage van verblijf van de ouders in een

Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.

15. Second opinion

Vergoed worden de kosten van het raadplegen van een andere dan de behandelend arts over een door deze voorgestelde behandeling.

16. Sportkeuringen

Vergoed worden, tot maximaal eenmaal per verzekerde per twee kalenderjaren, de kosten van een sportkeuring, indien deze kosten in rekening worden gebracht door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

17. Tandheelkundige hulp

1. Tandheelkundige hulp in het algemeen

Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 21 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin de 21-jarige leeftijd wordt bereikt):

Vergoed worden tot maximaal € 460,- per verzekerde per kalenderjaar, de kosten van tandheelkundige behandeling, inclusief techniekkosten en prothetische voorzieningen uitgevoerd door een tandarts of in geval van tandprothetische voorziening door een tandarts of erkend tandprotheticus.

Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 21 jaar (met ingang van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de 21-jarige leeftijd is bereikt):

Vergoed worden tot maximaal € 345,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen door een tandarts uitgevoerd:

- tweede preventief onderzoek C12;
- los consult C13;
- tandsteen verwijderen max. 2x per jaar. Maximaal het tarief van M50;
- restauraties van gebitselementen door middel van één-, twee- en drievlaksvulling (tariefcodes V10, V11, V12, V13, V14, V20, V21 en V70);
- parodontologie (tariefcodes T11, T12, T21, T22, T82 en T83).

2. Orthodontie:

Vergoed worden de kosten van orthodontische behandeling, uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts tot ten hoogste € 1.370,- per verzekerde tijdens de gehele duur van deze verzekering, mits de behandeling is aangevangen vóór de 21-jarige leeftijd van verzekerde.

Indien de desbetreffende verzekerde tijdens de behandeling zelfstandig wordt verzekerd, wordt voor de totale behandeling nimmer meer vergoed dan waarop de betrokken verzekerde krachtens het in de voorgaande alinea bepaalde recht heeft.

18. Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar

Vergoed worden de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar gedurende maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar tot ten hoogste € 7,- per dag, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

19. Therapieën

Vergoed worden de kosten van de onderstaande therapieën mits en voorzover de behandelingen plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts:

a. Camouflagetherapie:

tot ten hoogste € 230,- per verzekerde per kalenderjaar voor de te volgen instructielessen en cosmetische producten, indien sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals;

b. Lymfedrainage:

voor behandeling door een huidtherapeut, indien sprake is van een ernstig lymfoedeem;

c. Psoriasisdagbehandeling:

voor behandeling, tot ten hoogste € 460,- per verzekerde per kalenderjaar, indien deze plaatsvindt in een van de erkende centra voor psoriasisdagbehandeling.

20. Verblijf bij levertransplantatie

Vergoed worden de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te

Groningen aansluitend op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen voor verzekerde en een verzorger tot ten hoogste € 33,- per dag gedurende maximaal 28 dagen.

21. **Vervangende thuiszorg**

Vergoed worden de kosten van een gediplomeerd verpleegkundige of een gediplomeerd ziekenverzorg(st)er gedurende ten hoogste 365 dagen per verzekerde, indien en zolang een opname in een ziekenhuis is geïndiceerd, doch verzekerde thuis wenst te worden verpleegd.

Deze vergoeding bedraagt ten hoogste de verpleegkosten all-out van het ziekenhuis waar de opname zou hebben plaatsgevonden.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen.

22. **Vervoerskosten binnen Nederland**

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van een verzekerde waaronder - uitsluitend indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is - per helikopter, naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin een verzekerde ten laste van de hoofdverzekering wordt opgenomen en/of behandeld, mits het vervoer om medische redenen niet kan plaatsvinden met openbaar vervoer.

De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto of huurauto bedraagt tezamen met de vergoeding voor de hoofdverzekering € 0,27 per kilometer.

Vergoeding van de kosten van ziekenvervoer geldt uitsluitend indien dit vervoer in direct verband staat met een opname, onderzoek of behandeling voor rekening van de maatschappij of waarvan de kosten voor vergoeding krachtens de hoofdverzekering in aanmerking komen.

Op deze vergoeding zijn de in de hoofdverzekering genoemde eigen bijdragen niet van toepassing.

23. **Ziektekosten en hulpverlening in het buitenland**

1. **Ziektekosten**

Voor de in het buitenland gemaakte ziektekosten bestaat recht op vergoeding indien deze betrekking hebben op:

- a. opname en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis;
- b. onderzoek en behandeling door een huisarts of specialist, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis, met inbegrip van de door deze voorgeschreven of verstrekte farmaceutische hulp;
- c. medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde huisarts of specialist;
- d. onderzoek en behandeling door een tandarts uitsluitend indien er sprake is van een spoedeisende behandeling, met inachtneming van artikel 4 lid 17.1.

Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts(en) naar Nederland kan worden vervoerd, dient verzekerde zijn medewerking daaraan te verlenen, in welk geval de daaraan verbonden medisch noodzakelijke extra kosten worden vergoed.

Bovendien worden vergoed de kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde naar Nederland.

Indien een in Nederland gevestigde specialist onderzoek, behandeling en/of opname van een verzekerde in het buitenland medisch noodzakelijk acht, worden de daaraan verbonden kosten vergoed, echter uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- a. de kosten welke zijn gemaakt na een verblijf van meer dan zes maanden buiten Europa, tenzij de opname en/of behandeling een aanvang nam gedurende de eerste zes maanden van het verblijf buiten Europa;
- b. de kosten welke verband houden met een onderzoek, behandeling en/of opname welke het doel vormden van het verblijf in het buitenland.

De vergoeding geschiedt in Nederland in Nederlandse valuta op basis van de omrekenkoers zoals deze gold op de dag waarop de nota is gedateerd.

2. **Hulpverlening**

Vergoed worden de door S.O.S.-International gemaakte kosten ter zake van te verlenen hulp bij de regeling van:

- a. - het ziekenvervoer van een verzekerde naar Nederland;
- het vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde naar Nederland;
- b. het waarschuwen van in Nederland met een vaste woonplaats verblijvende naaste familieleden van een verzekerde en diens werkgever;
- c. hulp bij taalproblemen, voorzover deze door S.O.S.-International kon worden verleend;
- d. de bemiddeling bij het overmaken van geld.

De hierboven omschreven hulp wordt verleend, indien ter zake van een acute ziekte of ongeval in het buitenland ten behoeve van een verzekerde geneeskundige hulp, waarvan de kosten krachtens deze voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, is geboden.

In voorkomende gevallen kan hulp worden ingeroepen van S.O.S.-International.

In geval van een ziekenhuisopname in het buitenland dient zulks binnen 3 x 24 uur bij S.O.S.-International te worden gemeld.

S.O.S.-International is dag en nacht bereikbaar onder telefoonnummer (0)20 651 51 51/ telefaxnummer (0)20 651 51 09.

Noteert u - alvorens te bellen - het adres en het telefoonnummer waar u bent te bereiken, uw polisnummer alsmede de naam, het adres en het telefoonnummer van het ziekenhuis, arts of specialist en - indien gewenst - de namen en telefoonnummers van degenen die dienen te worden gewaarschuwd.

De hieraan verbonden kosten worden krachtens deze verzekering vergoed.

AANVULLENDE BEPALINGEN

ART. 05 TIJDENS DE LOOPTIJD VAN DE VERZEKERING GEBOREN KINDEREN

Indien kinderen, van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd, binnen 60 dagen na hun geboorte ter meeverzekering bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd.

Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum.

ART. 06 UITSLUITINGEN

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. de kosten ten aanzien waarvan krachtens een andere overeenkomst, een der sociale verzekeringswetten, enige regeling van overheidswege of enigerlei subsidieregeling aanspraak op vergoeding of op verstrekking kan worden gemaakt;
2. eigen bijdragen krachtens de hoofdverzekering, waarop verzekerden op grond van de AWBZ en/of Ziekenfondswet geen recht hebben, met uitzondering van het bepaalde in artikel 4 lid 4 en lid 22. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor een Nederlands ingezetene voor rekening van de AWBZ zouden komen;
3. de kosten van celtherapie, keuringen en het afgeven van attesten;
4. de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie;
5. de kosten voor hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich (mede)-bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein;

6. de kosten van plastische en reconstructieve chirurgie alsmede van cosmetische operaties en behandelingen;
7. de kosten welke zijn gemaakt in de periode waarin deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;
8. de kosten als gevolg van het feit dat verzekeringsnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hem rust, niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad, dan wel onjuiste of onvolledige mededelingen heeft gedaan;
9. de kosten die zijn gemaakt in een periode van zes maanden, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, in het geval deze verzekering niet gelijktijdig met de hoofdverzekering tot stand is gekomen, waarbij de datum van behandeling bepalend is,
10. voor kosten die niet door het ziekenfonds worden vergoed, veroorzaakt door of verband houdend met een premieachterstand. Dit geldt ook voor de nominale premie voor de hoofdverzekering,
11. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Hieronder wordt verstaan:
 - a. Gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties;
 - b. Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen de inwoners van een zelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - c. Opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - d. Binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - e. Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;
 - f. Muerij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige bewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De zes hierboven genoemde vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeerd.

12. kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, tenzij opgetreden bij een medische behandeling van een verzekerde. Deze uitsluiting geldt niet voor kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door de overheid afgegeven vergunning (voorzover vereist) 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), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

ART. 07 VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE

Verzekeringsnemer is verplicht ervoor zorg te dragen dat:

1. bij opname in een ziekenhuis, waarvan de kosten niet in aanmerking komen voor vergoeding uit hoofde van de hoofdverzekering, daarvan zo spoedig mogelijk aan de maatschappij mededeling wordt gedaan door middel van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend schadeangifteformulier;

2. uitsluitend originele nota's worden ingediend, welke op het door de maatschappij verstrekte declaratieformulier zodanig moeten worden gespecificeerd, dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden;
3. aan de maatschappij, haar medisch adviseur of aan degene die voor controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
4. voor behandelingen, welke op grond van deze voorwaarden uitsluitend op voorschrift van een arts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door de maatschappij wordt gevraagd.

ART. 08 PREMIEBETALING

Verzekeringsnemer is verplicht de premie en de kosten bij vooruitbetaling te voldoen binnen dertig dagen nadat zij verschuldigd worden.

Indien verzekeringsnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, dit geldt ook voor de nominale premie voor de hoofdverzekering, wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat dit bedrag was verschuldigd. Een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daarvoor niet vereist. Verzekeringsnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen.

De dekking gaat weer in op de dag waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en geaccepteerd. Geen vergoeding wordt verleend voor kosten welke zijn gemaakt gedurende de tijd dat deze verzekering niet van kracht was en voor kosten welke het gevolg zijn van ziekte, kwalen of gebreken die zijn ontstaan of waarvan zich verschijnselen gedurende deze periode hebben voorgedaan.

Bij tussentijdse opzegging - behalve bij opzegging wegens opzet de maatschappij te misleiden - vindt restitutie van de lopende premie naar evenredigheid plaats.

Indien sprake is van een in artikel 10 lid d of e vermelde omstandigheid, bestaat eerst recht op restitutie van premie vanaf het moment waarop de maatschappij hieromtrent schriftelijk bericht heeft ontvangen.

ART. 09 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is zij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel met ingang van de eerstvolgende premievervaldag na invoering van de wijziging.

Verzekeringsnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen dertig dagen na de premievervaldag aan de maatschappij schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dat laatste geval eindigt deze verzekering op de eerstgenoemde vervaldag.

De mogelijkheid van opzegging van deze verzekering door verzekeringsnemer geldt niet indien:

- a. de wijziging van premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- b. de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- c. de premie wordt verhoogd binnen de door de overheid daaraan gestelde grenzen;
- d. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- e. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet-hogere premie inhoudt.

ART. 10 EINDE VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering eindigt bij opzegging door de verzekeringsnemer tegen het einde van een op het polisblad genoemde termijn, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en een termijn van ten minste twee maanden in acht wordt genomen.

Een eenmaal door de maatschappij geaccepteerde verzekering kan door haar nimmer worden opgezegd, behalve in de navolgende gevallen:

- a. indien verzekeringsnemer zijn verplichting tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 8 niet nakomt en de maatschappij om die reden deze verzekering op een door haar te bepalen tijdstip opzegt;
- b. indien verzekeringsnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 9 weigert;
- c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.

Deze verzekering eindigt voor de desbetreffende verzekerde automatisch:

- d. op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt;
- e. op de datum waarop deze niet langer verplicht verzekerd is ingevolge de Ziekenfondswet en om die reden de hoofdverzekering voor die verzekerde bij de Zorgverzekeraar wordt beëindigd.

OVERIGE BEPALINGEN

ART. 11 PREMIEWIJZIGING BIJ HET BEREIKEN VAN DE 18-JARIGE LEEFTIJD

Voor deze verzekering is voor ongehuwde kinderen tot 18 jaar geen premie verschuldigd.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering de 18-jarige leeftijd bereiken, wordt de premie voor deze verzekering vanaf de eerstvolgende premieervaldag na het bereiken van die leeftijd berekend volgens het op dat moment geldende premietarief voor verzekeringen voor volwassen verzekerden.

CLAUSULE

Wijzigingen in de dekking tandheelkundige hulp gaan uit van wijzigingen in de ziekenfondsdekking tandheelkundige hulp en zijn gebaseerd op de ons bekende gegevens per 1 november 2001. Wij wijzen erop dat invoering slechts kan plaatsvinden per 1 januari 2002 nadat de minister van VWS hiervoor haar toestemming heeft gegeven.

PERSOONSREGISTRATIE

De bij de aanvraag van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de maatschappij gevoerde cliëntenregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacyreglement van toepassing.

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Klachten betreffende de toepassing van de voorwaarden van deze verzekering kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan:

- de directie van de maatschappij;
- Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93450
2509 AL Den Haag