



STAD ROTTERDAM
VERZEKERINGEN

N.V. Maatschappij van Assurantie,
Discontering en Beleening
der Stad Rotterdam Anno 1720
K.v.K. Rotterdam 24006247

ZORG-ROBUUST

ALGEMENE VOORWAARDEN

ART. 01 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Audiologische hulp**
Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
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 in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:
 - cosmetische middelen,
 - genotmiddelen en medicinale wijnen,
 - vermageringsmiddelen,
 - andere dan de in artikel 1.3.d genoemde diëetpreparaten,
 - versterkende en voedingsmiddelen,
 - vitaminepreparaten, tenzij het gebruik hiervan door de behandelend arts is geïndiceerd en voorgeschreven.
4. **Maatschappij**
De aan de voorzijde van deze voorwaarden genoemde vennootschap.
5. **Medische noodzaak**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.
6. **Ongeval**
Een gebeurtenis, waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel is toegebracht door een plotseling op het lichaam inwerkend van buiten komend geweld.
Als ongeval worden tevens aangemerkt:
 - a. acute vergiftiging als gevolg van het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen en vaste en vloeibare vloeistoffen,
 - b. besmetting of vergiftiging als gevolg van een onvrijwillige val in het water of enige andere vloeibare of vaste stof,
 - c. bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking en zonnesteek en de lichamelijke gevolgen van elektrische ontladingen,
 - d. verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van een geïsoleerd raken bij natuurrampen, instorting of andere catastrofale gebeurtenissen,
 - e. plotselinge verstuijing, ontwrichting en spierscheuring, mits aard en plaats van deze letsels geneeskundig zijn vast te stellen,
 - f. wondinfectie en bloedvergiftiging, direct verband houdende met een ongevalsletsel.
Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: hernia nucleï pulposi, lendenspit, lumbago en ingewandsbreuk.
7. **Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, welke hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, welke zijn verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie.
8. **Verzekerde(n)**
Degene(n) die als zodanig op het polisblad is (zijn) vermeld.

9. Verzekeringsnemer

Degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

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, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

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, kinderfysiotherapeut, oefentherapeut cesar, oefentherapeut mensendieck, heilgymnast-masseur), logopedist, kaakchirurg, tandarts en huidtherapeut die allen als zodanig door de bevoegde overheidsinstanties zijn erkend en geregistreerd.

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.

OMVANG VAN DE VERZEKERING

ART. 03 MEDISCHE NOODZAAK

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

ART. 04 VERZEKERDE RUBRIEKEN

- A. Opname in een ziekenhuis
- B. Bevalling en kraamzorg
- C. Niet-klinische (specialistische) hulp
- D. Huisartsenhulp
- E. Farmaceutische hulp
- F. Tandheelkundige hulp
- G. Overige vergoedingen

Vrije keuze

Verzekerde is vrij in zijn keuze ten aanzien van zorgverleners en/of ziekenhuizen.

RUBRIEK A OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS

Vergoed worden de kosten van opname, onderzoek, behandeling alsmede verblijf ten behoeve van dagverpleging in een ziekenhuis, in de op het polisblad vermelde verzekerde klasse, met inbegrip van specialistenhonoraria en bijkomende kosten,

Indien een bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt zonder dat de medische noodzaak hiertoe aanwezig is, bestaat zolang de opname voortduurt eveneens recht op vergoeding met ingang van de dag van de bevalling, voor gedurende ten hoogste 10 dagen.

Indien een meeverzekerd kind vanwege de verpleging van de moeder in het ziekenhuis moet verblijven, worden de verpleegkosten van het kind

vergoed zolang het kind de leeftijd van drie maanden nog niet heeft bereikt.

RUBRIEK B BEVALLING EN KRAAMZORG

Voor verzekerden van het vrouwelijke geslacht worden vergoed de kosten van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts, specialist of een verloskundige, alsmede (naar keuze):

of

a. de kosten van kraamzorg door een door de overheid erkende instelling voor kraamzorg dan wel door een gediplomeerd kraamverzorg(st)er,

of

b. kraamzorg in natura - zulks zonder inhouding van het in artikel 5 lid 1 omschreven eigen risico - waarbij de maatschappij de hulp door een gediplomeerd kraamverzorg(st)er regelt, waartoe de aanvraag voor kraamzorg in natura ten minste drie maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum bij de maatschappij dient te worden ingediend,

of

c. een uitkering van f 2.000,- [in het geval dat binnen 8 dagen na de bevalling opname in een ziekenhuis plaatsvindt, wordt daarop f 250,- per opnamedag in mindering gebracht].

RUBRIEK C NIET KLINISCHE (SPECIALISTISCHE) HULP

Vergoed worden de kosten van consulten, visites, onderzoeken en behandelingen door een specialist, mits het onderzoek en/of de behandeling niet gepaard gaan met opname in een ziekenhuis.

RUBRIEK D HUISARTSENHULP

Vergoed worden de kosten van consulten, visites, onderzoeken en behandelingen door een huisarts, met inbegrip van de in verband daarmee gemaakte kosten van laboratoriumonderzoeken en röntgenfoto's.

RUBRIEK E 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 apotheekhoudende huisarts geleverde farmaceutische hulp,
- door een specialist of huisarts voorgeschreven middelen ter voorkoming van zwangerschap,
- door een arts voorgeschreven diëetpreparaten als gevolg van een ernstige passagetoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen vergoedingssysteem [GVS] van toepassing, hetgeen inhoudt dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel is hoger dan de vergoedingslimiet, blijft het meerdere voor rekening van de verzekerde. Voor geneesmiddelen waarvoor (nog) geen limiet is vastgesteld wordt geen vergoeding verleend, tenzij de maatschappij daarvoor vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven.

Op de vergoeding van farmaceutisch hulp is het in artikel 5 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

RUBRIEK F TANDHEELKUNDIGE HULP

1. Tandheekkundige hulp voor verzekerden tot 21 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin de 21-jarige leeftijd wordt bereikt)

Vergoed worden de kosten van tandheekkundige behandelingen inclusief techniekkosten en prothetische voorzieningen door een tandarts of - in geval van tandprothetische voorzieningen - door een tandarts of

een erkend tandprotheticus tot ten hoogste f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Dit maximum is niet van toepassing indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is.

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

Vergoed worden de kosten van de volgende tandheekkundige behandelingen door een tandarts uitgevoerd:

- periodieke controles (tariefcode C10);
- consulten (tariefcodes C20, C30);
- het verwijderen van tandsteen (tariefcodes M50, M55 en M59).

2. Tandheekkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed wordt 90% van de kosten van tandheekkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheekkundige afwijking, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen ten minste 10 dient te zijn,
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid,
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect),
- een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnat- of palatoschisis),
- een uitgebreid defect aan de mond, de kaak of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect),

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling een benadering in teamverband en/ of bijzondere deskundigheid vereist en de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, hiervoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven, aan welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden verbonden. In ieder geval wordt geen toestemming verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

RUBRIEK G OVERIGE VERGOEDINGEN

1. Abortus

Vergoed worden de aan de ingreep verbonden medische kosten ook al is de medische noodzaak daartoe niet aanwezig.

2. Audiologische hulp

Vergoed worden de op voorschrift van de behandelend arts gemaakte kosten van audiologische hulp door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten audiologisch centrum.

3. Behandelingskosten terzake van een kunstnier

Vergoed worden:

- de kosten van (poli-)klinische of thuisbehandeling met een kunstnier,
- de kosten verband houdende met de noodzakelijke aanpassing van de woning voor de behandeling thuis en het weer in de oude staat terugbrengen van de woning nadat de behandeling is beëindigd, mits de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

4. Chronisch intermitterende beademing

Vergoed worden de kosten van mechanische beademing, voorgeschreven door een specialist, in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

5. Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de op voorschrift van de huisarts of specialist gemaakte kosten van erfelijkheidsadvies, alsmede van onderzoek naar erfelijke afwijkingen, verricht door een erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Indien het voor het onderzoek noodzakelijk is dat andere personen dan verzekerde(n) bij het onderzoek worden betrokken, worden de hieraan verbonden kosten eveneens vergoed, mits het onderzoek niet mede wordt verricht ten behoeve van die andere persoon.

6. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden:

- de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie in verband met ongewenste kinderloosheid,
- de kosten van ten hoogste 3 in vitro fertilisatie-behandelingen per gewenste zwangerschap uitgevoerd in een vergunninghoudende inrichting, indien sprake is van een 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, waarbij in ieder geval een bedrag van f 800,- per behandeling voor rekening van verzekeringsnemer blijft.

7. Fit-Plan

Op verzoek van de aan verzekerde op grond van deze verzekering uitgereikte 'Medical Assistance Pass' wordt bij inschrijving en verlenging een korting verleend van 10% op de kosten van een abonnement ten behoeve van een fitheidsprogramma, indien dat wordt gevolgd bij een bij het AFP Preventie Centra Nederland aangesloten instituut. De aldus genoten korting heeft geen invloed op het in artikel 5 lid 1 omschreven eigen risico.

8. Fysio- en oefentherapeutische hulp

Vergoed worden de op voorschrift van een arts gemaakte kosten van ten hoogste 9 behandelingen door een fysiotherapeut, dan wel 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of Cesar, per indicatie per kalenderjaar. Indien daartoe op voorschrift van een arts de medische noodzaak bestaat, worden vervolgens nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of Cesar vergoed, mits de maatschappij daartoe vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Tevens worden vergoed de op voorschrift van een arts gemaakte kosten van ten hoogste 9 behandelingen kinderfysiotherapie per kalenderjaar, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien daartoe op voorschrift van een arts de medische noodzaak bestaat, worden vervolgens nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie vergoed.

Indien verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie dan wel oefentherapie Mensendieck of Cesar in verband met een chronische aandoening bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per kalenderjaar, mits de maatschappij daartoe vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven, zulks overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar / Mensendieck.

9. Hulpmiddelen

Vergoed worden de kosten van aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van de door de behandelend arts voorgeschreven hulpmiddelen, overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde regeling Hulpmiddelen, welke geacht wordt deel uit te maken van deze voorwaarden en op aanvraag verkrijgbaar is.

Bovendien worden als hulpmiddelen beschouwd:

Enuresis-(plas)wekker en bewakingsapparatuur tegen wiegedood.

Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf, vervanging dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulp-

middelen anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt in ieder geval verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen.

Op de vergoeding van hulpmiddelen, welke in bruikleen worden verstrekt, is het in artikel 5 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

10. Leukemie bij kinderen

Vergoed worden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, welke door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen in rekening worden gebracht.

11. Logopedie

Vergoed worden de op voorschrift van de huisarts of specialist gemaakte kosten van behandeling door een logopedist.

Onder logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen indien sprake is van dialect en anderstaligheid.

12. Orgaantransplantatie

Vergoed worden:

- de kosten van transplantatie van donororganen, alsmede de kosten van weefseltypingen, inclusief computeradministratiekosten, welke door Eurotransplant Nederland in rekening worden gebracht,
- de kosten van opname en behandeling van de niet krachtens deze voorwaarden verzekerde donor in verband met een bij een verzekerde plaatsgevonden orgaantransplantatie, op basis van de voor de donor verzekerde klasse,
- de kosten van behandeling door een specialist gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit een ziekenhuis, waarin de donor ter selectie en verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met diezelfde orgaantransplantatie.

13. Plastische of reconstructieve chirurgie

Vergoed worden de kosten van plastische of reconstructieve chirurgie echter uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen, indien er sprake is van:

- verminderingen ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte,
- bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

14. Preventieve geneeskunde

Vergoed worden de kosten van preventief onderzoek van hart- en bloedvaten, van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, alsmede van vaccinaties tegen griep, hondsdoelheid, rode hond, tetanus en, indien er besmettingsgevaar binnen het gezin bestaat, hepatitis B.

Tevens worden vergoed - tot ten hoogste f 200,- per verzekerde per kalenderjaar - de kosten van vaccinaties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland.

Op vergoeding van preventieve geneeskunde is het in artikel 5 lid 1 genoemde eigen risico niet van toepassing.

15. Privékliniek

Vergoed worden de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen privékliniek, voorzover deze kosten niet hoger zijn dan de kosten voor vergelijkbare onderzoeken en behandelingen in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam.

16. Revalidatie

Vergoed worden de kosten van revalidatie en revalidatiedagbehandeling, mits de maatschappij vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen. Een aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan.

17. 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.

18. Second opinion

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

19. Sterilisatie

Vergoed worden de medische kosten van een sterilisatie alsmede de kosten van het ongedaan maken van een kunstmatige sterilisatie ook al is de medische noodzaak daartoe niet aanwezig.

20. Therapieën

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

- Lymfedrainage: voor behandeling door een huidtherapeut, indien sprake is van ernstig lymfoedeem;
- Psoriasis-dagbehandeling: voor behandeling voorzover deze plaatsvindt in één van de erkende centra voor psoriasis- dagbehandeling, tot ten hoogste f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

21. Trombosedienst

Vergoed worden de op voorschrift van een arts gemaakte kosten van hulp door een trombosedienst.

22. Vervangende thuiszorg

Vergoed worden de kosten van een gediplomeerd verpleegkundige of een gediplomeerd ziekenverzorg(st)er gedurende ten hoogste 100 dagen per verzekerde, indien en zolang een opname in een ziekenhuis is geïndiceerd, doch verzekerde thuis wenst te worden verpleegd. Deze vergoeding bedraagt maximaal f 275,- per dag.

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.

23. Vervoerskosten binnen Nederland

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van een verzekerde per ambulance of helikopter naar en van het ziekenhuis waar een opname plaatsvindt, mits het vervoer om medische redenen niet kan plaatsvinden per openbaar middel van vervoer.

Vergoeding van de kosten van ziekenvervoer geldt uitsluitend indien dit vervoer in direct verband staat met een behandeling voor rekening van de maatschappij.

24. Ziektkosten in het buitenland

1. Ziektkosten:

Voor de in het buitenland gemaakte ziektkosten bestaat recht op vergoeding tot ten hoogste 200% van de kosten die zouden zijn vergoed indien verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan en indien deze betrekking hebben op:

- opname en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis (hierbij dient het verpleegtarief van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam ten tijde van de opname en/of behandeling als uitgangspunt),
- 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,
- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of helikopter naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar een opname plaatsvindt.

Zodra verzekerde naar het oordeel van de behandelende 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.

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:

- 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,

- 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 geldt op de dag waarop de nota is gedateerd.

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

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

Noteert u - alvorens te bellen - het adres en het telefoonnummer waar u bent te bereiken, alsmede de naam, het adres en het telefoonnummer van het ziekenhuis, arts of specialist.

De hieraan verbonden kosten worden krachtens deze verzekering vergoed.

AANVULLENDE BEPALINGEN

ART. 05

1. Eigen risico

Het op het polisblad vermelde eigen risico is het bedrag aan verzekerde kosten dat per gezin en per kalenderjaar voor rekening van verzekeringsnemer blijft.

Voor het bereiken van het eigen risico tellen uitsluitend die kosten mee, welke op grond van deze polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Indien voor een verzekerde onderdeel een maximumbedrag is vermeld, blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

Uitsluitend in het kalenderjaar waarin de verzekering van kracht wordt, wordt het eigen risico verlaagd met 1/12 voor elke volle kalendermaand die op de ingangsdatum is verstreken. Bij beëindiging van de verzekering, alsmede over de periode dat de verzekering niet van kracht was, vindt derhalve geen vermindering of restitutie van het eigen risico plaats.

Het eigen risico geldt niet ten aanzien van de kosten welke worden gemaakt als gevolg van een ongeval dat tijdens de looptijd van deze verzekering heeft plaatsgevonden, alsmede in de gevallen welke nader in deze voorwaarden zijn vermeld.

Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze een aanvang nam, worden de voor die opname gemaakte kosten tot het tijdstip waarop de opname ononderbroken voortduurt toegerekend aan het kalenderjaar waarin de opname aanving.

2. Opname en verpleging in een hogere/lagere klasse

- Indien opname en verpleging in een hogere klasse dan de verzekerde klasse geschiedt, worden de kosten vergoed welke in rekening zouden zijn gebracht bij een opname en verpleging in de verzekerde klasse.

- Wordt een verzekerde, verzekerde volgens klasse 2B, opgenomen en verpleegd in een ziekenhuis waarin slechts één tweede klasse aanwezig is, dan wordt deze verzekering geacht te gelden voor die ene tweede klasse.

- Gedurende de periode dat een verzekerde, verzekerde volgens klasse 2A of 2B, wegens plaatsgebrek in een 2e klas wordt opgenomen in een 3e klasse van een ziekenhuis, wordt een vergoeding verleend van f 75,- per verpleegdag. Deze regeling is niet van toepassing bij een opname in het buitenland.

3. Tijdens de looptijd van de verzekering geboren kinderen

Indien kinderen van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerde binnen drie maanden na hun geboorte ter meeverzekering bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kin-

deren zonder beperkende bepalingen geaccepteerd.

Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum. Deze kinderen worden evenwel voor geen hogere klasse geaccepteerd dan de derde klasse.

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 subsidie-regeling aanspraak op vergoeding of op verstrekking kan worden gemaakt,
2. verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. 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 (tevens) bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein,
6. de kosten van andere plastische- en reconstructieve chirurgie als genoemd in artikel 4 rubriek G lid 13,
7. de kosten van cosmetische operaties en behandelingen,
8. de kosten van onderzoek en behandeling door een psycholoog,
9. de kosten van alternatieve geneeswijzen,
10. de kosten van homeopatische- en antroposofische geneesmiddelen,
11. de kosten van orthodontische behandelingen,
12. de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is,
13. de kosten als gevolg van het feit dat verzekeringsnemer of een verzekerde enige verplichting, welke krachtens deze voorwaarden op hen rust, niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij hebben geschaad, dan wel onjuiste of onvolledige mededelingen hebben gedaan,
14. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.
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 eenzelfde 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. Munitie: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige bewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.
15. 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 met betrekking tot 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 enige overheid afgegeven vergunning (voor zover 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.

VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN SCHADE

ART. 07

Verzekeringsnemer is verplicht er voor zorg te dragen dat:

1. bij opname in een ziekenhuis daarvan zo spoedig mogelijk aan de maatschappij mededeling wordt gedaan door middel van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend schade-aangifteformulier,
2. zo spoedig mogelijk nadat het totaalbedrag van de door verzekeringsnemer in enig kalenderjaar ontvangen nota's, welke op grond van deze voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, het op deze verzekering van toepassing zijnde eigen risico overschrijdt, die nota's bij de maatschappij worden ingediend,
3. de - na overschrijding van het in het vorige lid bedoelde op hetzelfde kalenderjaar betrekking hebbende eigen risico - nadien ontvangen nota's zo spoedig mogelijk bij de maatschappij worden ingediend,
4. 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,
5. aan de maatschappij, haar medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen,
6. 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.

PREMIEBETALING

ART. 08

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

Indien verzekeringsnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, 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.

WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

ART. 09

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 verzekeringnemer geldt niet indien:

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

EINDE VAN DE VERZEKERING

ART. 10

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

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

- indien verzekeringnemer 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,
- indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 9 weigert,
- indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip.

De verzekering eindigt voor de betreffende verzekerde automatisch:

- op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt,
- op de datum waarop de maatschappij de schriftelijke mededeling ontvangt dat deze verplicht verzekerd is (geworden) ingevolge de Ziekenfondswet of Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekering voor Ambtenaren. Aan deze schriftelijke mededeling dient de verzekerde een bewijs te hechten waaruit zijn inschrijving blijkt,
- op de eerste van de maand waarin deze de 65-jarige leeftijd bereikt, met inachtneming van het bepaalde in artikel 12.

OVERIGE BEPALINGEN

ART. 11 GEVOLGEN VAN HET BEREIKEN VAN DE 21-JARIGE LEEFTIJD VAN EEN VERZEKERDE

Voor deze verzekering is voor niet meer dan 3 ongehuwde kinderen tot 21 jaar, behorend tot het verzekerde gezin, premie verschuldigd.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van de verzekering de 21-jarige leeftijd bereiken, is de verzekering vanaf de eerstvolgende premievervaldag na het bereiken van die leeftijd niet meer van kracht. Tegelijkertijd worden zij tegen de dan geldende premie voor alleenstaanden, zonder selectie, zelfstandig verzekerd op een polis met hetzelfde eigen risico, zulks met inachtneming van het gestelde in artikel 9.

ART. 12 GEVOLGEN VAN HET BEREIKEN VAN DE 65-JARIGE LEEFTIJD VAN EEN VERZEKERDE

Per de eerste van de maand waarin een verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt wordt deze verzekering ten behoeve van die verzekerde automatisch beëindigd. Gelijktijdig wordt voor de desbetreffende verzekerde een Standaardpakketpolis - zoals vastgesteld krachtens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering [WTZ] - afgegeven. Verzekeringnemer wordt omtrent dit voornemen vooraf door de maatschappij geïnformeerd.

PERSOONSREGISTRATIE

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 cliëntenregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacy-reglement 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:

- Directie van aan zijde van deze polis genoemde vennootschap
- Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
- Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf
Postbus 93560
2509 AN Den Haag.