

Verzekeringsvoorwaarden ZRB02

Zorg-Robuust'02

ALGEMENE VOORWAARDEN

Artikel 1 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 zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

2. AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

3. Bijkomende kosten

De medische kosten die, naast de verpleegkosten en de kosten van de medisch-specialistische zorg, door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht. Deze kosten houden rechtstreeks verband met en zijn gemaakt tijdens een opname in een ziekenhuis, dan wel tijdens niet-klinische medisch-specialistische zorg.

4. CTG

Met inachtneming van hetgeen elders in de voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste vergoed de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

5. Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

6. Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

7. Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

8. Diagnosebehandelcombinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een zgn. DBC prestatiecode, door het CTG vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische hulp. Dit omvat de zorgvraag, zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag, en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

9. Ergotherapeut

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

10. EU- en EER-lidstaat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Malta, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje,

Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk, Polen en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

11. Farmaceutische hulp

De bij Ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutisch zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

12. Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG. De fysiotherapeut voert behandelingen uit zoals omschreven in het fysiotherapeuten besluit.

13. Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

14. Hulpmiddelen

De bij Ministeriële Regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de maatschappij vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

15. Kaakchirurg

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

16. Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische- en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

17. Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

18. Kraamcentrum

Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de maatschappij als zodanig erkende instelling.

19. Kraamzorg

De zorg verleent door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

20. Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

21. Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

22. Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

23. Medisch adviseur

De arts, die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

24. Maatschappij

Deze verzekering wordt door Stad Rotterdam Verzekeringen geadmistreerd en is voor rekening en risico van Fortis Ziektekostenverzekeringen N.V..

25. Medische noodzaak

Onderzoek, verpleging of behandeling, als gebruikelijk, noodzakelijk en doelmatig aan te merken, dit ter beoordeling van de medisch adviseur. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

26. Medisch-specialist

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

27. Medisch-specialistische zorg

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

28. Oedeemtherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

29. Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

30. Ongeval

Een gebeurtenis, waarbij de verzekerde een geneeskundig vast te stellen lichamenlijk 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, met uitzondering van vergiftiging door het binnenkrijgen van allergenen of ziektekiemen;
- 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 lichamenlijke gevolgen van elektrische ontlading;
- d. verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van geïsoleerd raken bij natuurrampen, instorting of andere catastrofale gebeurtenissen;

- e. plotselinge verstuiking, 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;
- g. complicaties en verergeringen van het ongevalsletsel als direct gevolg van eerstehulpverlening of van een door een ongeval noodzakelijk geworden behandeling, mits deze behandeling is verricht door of op voorschrift van een geneeskundige.
- h. geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel.

Onder ongeval wordt in ieder geval niet verstaan: hernia nucleī pulposi, lendenspit, lumbago en ingewandsbreuk.

31. Opname

Opname 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 medisch-specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

32. Orthodontist

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

33. Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

34. SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International.
Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam
Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

35. Tandarts

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

36. Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

37. Verloskundige

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

38. Verpleegkundige

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

39. Verzekerde

Ieder die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel is vermeld.

Verzekeringsvoorwaarden ZRB02

Zorg-Robuust'02

40. Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

41. Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

42. Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

43. 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.

44. Ziekenverzorgende

Een in Nederland gevestigde ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringsnemer en de verzekerde aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van aan de verzekeringsnemer of de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de ter zake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht zich op vernietigbaarheid van deze verzekering te beroepen.

OMVANG VAN DE VERZEKERING

Artikel 3 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 en hiervoor door het CTG geldige tarieven zijn vastgesteld, zulks tot ten hoogste van het door het CTG vastgestelde tarief en/of het door het ziekenhuis in rekening gebrachte DBC tarief.

Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande kalenderjaar, dient deze gedeclareerd te worden bij de verzekeraar, waar een verzekerde bij aanvang van de behandeling verzekerd is.

Artikel 4 Verzekerde rubrieken

- A. Opname in een ziekenhuis/ Niet-klinische (medisch-specialistische) hulp DBC-tarief
- B. Opname in een ziekenhuis/ Niet-klinische (medisch-specialistische) hulp CTG-tarief
- C. Bevalling en kraamzorg
- 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/ NIET-KLINISCHE (MEDISCH-SPECIALISTISCHE) HULP MET DBC-TARIEF

Vergoed worden de kosten van medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt vergoeding van de zorg verleend op basis van dit tarief. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met in achtneming van de daarvoor geldende regels in rekening wordt gebracht.

Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande kalenderjaar, dient deze gedeclareerd te worden bij de verzekeraar, waar een verzekerde bij aanvang van de behandeling verzekerd is.

RUBRIEK B OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS/ NIET-KLINISCHE (MEDISCH-SPECIALISTISCHE) HULP MET CTG-TARIEF

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed tot maximaal het CTG-tarief:

- a. de kosten van medisch specialistische zorg, door het ziekenhuis in rekening gebracht;
- b. de kosten van opname in de derde klasse van het ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- c. de kosten van dagverpleging;
- d. eventuele bijkomende kosten.

RUBRIEK C BEVALLING EN KRAAMZORG

Voor de vrouwelijke verzekerde geldt ter zake bevalling en kraamzorg de volgende vergoedingsregeling:

Bevalling

- a. Bevalling thuis
Vergoed worden de kosten voor het honorarium van de verloskundigenhulp (inclusief voor- en nazorg) uitgevoerd door de huisarts of een verloskundige.
of
- b. Bevalling poliklinisch
Vergoed worden de kosten van een poliklinische bevalling in een ziekenhuis, door middel van het DBC tarief.
of

c. Bevalling in het ziekenhuis (medisch noodzakelijk)
Vergoed worden de kosten van een klinische bevalling in een ziekenhuis, door middel van het DBC tarief.

of

d. Bevalling in het ziekenhuis (niet medisch noodzakelijk)
Vergoed worden de kosten inclusief bijkomende kosten van het ziekenhuis voor verloskundigenhulp (inclusief voor- en nazorg) door een medisch specialist of een verloskundige. Voor moeder en kind tezamen gedurende maximaal 10 dagen gerekend vanaf de geboorte tot maximaal €140,- per verpleegdag.

Kraamzorg

De toekomstige kraamvrouw (mits zij op de dag van geboorte van de baby is verzekerd) kan kiezen uit een vergoeding voor kraamzorg in natura, kraamzorguitkering of een vergoeding voor zorg in een kraamzorghotel.

a. kraamzorg in natura
Vergoeding van de kosten voor een gediplomeerde kraamverzorgende, welke wordt geleverd door een door de maatschappij gecontracteerd kraamcentrum. Een aanvraagformulier voor kraamzorg in natura dient ten minste zes maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum bij de maatschappij te zijn ingediend,

of

b. kraamzorguitkering
een uitkering van €1.500,- (in het geval dat binnen 10 dagen na de bevalling opname in een ziekenhuis of kraamzorghotel plaatsvindt, wordt daarop €150,- per opnamedag in mindering gebracht de dag van ontslag wordt niet in mindering gebracht op de kraamzorguitkering),

of

c. kraamzorg in een kraamzorghotel
vergoed wordt tot maximaal €150,- per verpleegdag bij kraamzorg in een erkend kraamzorghotel tot maximaal 10 dagen gerekend vanaf de dag van geboorte.

RUBRIEK D HUISARTSENHULP

Vergoed worden het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen), van de huisarts, respectievelijk de door de ANW (avond-, nacht- en weekend) dienstenstructuur, waarbij deze is aangesloten, in rekening gebrachte kosten, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

RUBRIEK E FARMACEUTISCHE HULP

Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en de middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet blijft het meerdere voor rekening van verzekerde.

Voor geneesmiddelen waarvoor (nog) geen limiet is vastgesteld wordt geen vergoeding verleend, tenzij de maatschappij daarvoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven.

Op basis van het vorenstaande omvat deze aanspraak:

- a. geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de wet op de geneesmiddelenvoorziening mogen worden geleverd;
- b. middelen ter voorkoming van zwangerschap;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulair dieetpreparaten overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - als gevolg van een ernstige slik-, passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.
- d. bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening;
- 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 4 Rubriek E sub c genoemde dieetpreparaten,
- versterkende en voedingsmiddelen,
- vitaminepreparaten.

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

RUBRIEK F TANDHEELKUNDIGE HULP

1. Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 22 jaar (tot het einde van het kalenderjaar waarin de 22-jarige leeftijd is bereikt)

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandelingen inclusief techniekkosten uitgevoerd door een tandarts tot ten hoogste €250,- per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van orthodontie (zie hiervoor sub 2).

2. Orthodontie voor verzekerden tot 22 jaar

Vergoed worden de kosten van orthodontische behandeling, uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts tot ten hoogste €750,- per verzekerde tijdens de gehele duur van de verzekering.

3. Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 22 jaar (met ingang van het kalenderjaar na het bereiken van de 22-jarige leeftijd)

Vergoed worden tot ten hoogste €150,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts uitgevoerd. Niet vergoed worden op dit onderdeel de kosten van een gebitsprothese (sub 4), orthodontische behandelingen in bijzondere gevallen (sub 5), Implantaten (sub 8) en mesostructuur en prothese op implantaten (sub 9).

Verzekeringsvoorwaarden ZRB02

Zorg-Robuust'02

4. Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- of onderkaak door de tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde komen voor vergoeding in aanmerking een immediaatprothese, dan wel een vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij vervaardiging en plaatsing door een tandprotheticus komt alleen voor vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak.

Vergoed wordt 75 % van de gedeclareerde bedragen.

Tevens worden volledig vergoed de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande overkappingsprothese.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van de maatschappij is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste €500,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

5. Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

De vergoeding omvat de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking, na een kaakchirurgische operatie. De maatschappij dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te geven voor de behandeling.

6. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige 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 tenminste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), 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- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);

- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);

In aanvulling op hetgeen hierboven onder a.en c. is vermeld, bestaat uitsluitend voor de verzekerde jonger dan 18 jaar ook recht op vergoeding van de kosten welke verband houden met vervanging van een of meerdere ontbrekende blijvende snijtand (en/of hoektand(en), doch uitsluitend indien het ontbreken van de betreffende tand(en) het gevolg is van het niet aangelegd zijn of het gevolg is van een ongeval.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling van de afwijking zoals onder a t/m e genoemd een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

7. Kaakchirurgische behandeling

Vergoed worden op voorschrift van huisarts of tandarts:

- het DBC tarief voor chirurgische tandheelkundige zorg, niet zijnde parodontale chirurgische hulp, die niet gepaard gaat met een opname en voor zover het betrekking heeft op tandheelkundige implantaten met in achtneming van artikel 4. rubriek F Sub 8.
- Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

8. Tandheelkundige implantaten

Vergoed worden door middel van het DBC tarief de kosten van tandheelkundige implantaten, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings) prothese;
- de implantaten door de kaakchirurg worden ingebracht;
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, hiervoor vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven;
- Als geen DBC tarief is overeengekomen, geldt de vergoeding tot maximaal het CTG tarief.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich bovendien tot het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziektekosten. Tevens worden de kosten vergoed van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

9. Mesostructuur en prothese op implantaten

Vergoed worden de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien:

- de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Per overkappingsprothese in de onder- dan wel de bovenkaak komt een bijdrage van €90,- per kaak voor rekening van de verzekerde.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van €90,- per kaak voor rekening van de verzekerde.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

10. Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

De vergoeding omvat de kosten van tandheelkundige zorg welke voor de betrokken verzekerde met het oog op zijn handicap redelijkerwijs is aangewezen.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend na schriftelijke toestemming vooraf door de maatschappij voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

RUBRIEK G OVERIGE VERGOEDINGEN

1. Abortus

Vergoed worden de aan de ingreep verbonden medische kosten uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor de bovengenoemde behandeling is ingericht, 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 nierdialyse

Bij niet-klinische hemodialyse in een dialysecentrum worden de kosten vergoed van de verleende nierdialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, de behandeling en de verpleging. Tevens worden de kosten verband houdende met de door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding vergoed. Bij dialyse ten huize van de

verzekerde komen behalve de hiervoor vermelde kosten ook de navolgende kosten voor vergoeding in aanmerking de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien.

- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn.

- de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse.

4. Brillenglazen en lenzen

Vergoed worden de kosten van brillenglazen (inclusief montuur) of lenzen bij berekeningsafwijking van 4 of meer dioptrieën per glas of lens. (de berekening van het aantal dioptrieën is op aanvraag verkrijgbaar) Per verzekerde bestaat per 36 maanden recht op vergoeding tot ten hoogste €100,-.

Onder lenzen worden verstaan dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

5. Chronisch intermitterende beademing

Vergoed worden de kosten van mechanische beademing, voorgeschreven door een medisch-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.

6. Dieetadvies

Vergoed worden de kosten van maximaal vier uur voorlichting per verzekerde per kalenderjaar. Voorlichting wordt gegeven in verband met een medisch doel over voeding en eetgewoonten en wordt uitgevoerd door een diëtist. Op verwijzing van een huisarts of tandarts.

7. Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist gemaakte kosten van erfelijkheidsadvies, alsmede van onderzoek naar voor erfelijkheidsonderzoek.

Indien het voor het onderzoek noodzakelijk is dat andere personen dan verzekerde(n) bij het onderzoek worden betrokken, komen de hieraan verbonden kosten voor rekening van de verzekeraar(s) van de onderzochte andere persoon of personen.

8. Ergotherapie

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Verzekeringsvoorwaarden ZRB02

Zorg-Robuust'02

9. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

- Vergoed worden door middel van het DBC tarief bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie:
- de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie;
 - de kosten van ten hoogste 3 in vitro fertilisatie-behandelingen per gewenste zwangerschap uitgevoerd in een vergunninghoudende inrichting, mits op voorschrift van de behandelend arts, waarbij in ieder geval een bedrag van €360,- per behandeling voor rekening van verzekeringsnemer blijft.

10. Fysio- en oefentherapeutische hulp

Vergoed worden tot maximaal €200,- indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of medisch specialist de kosten van behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, dan wel oedeemtherapeut of behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar.

Indien en voorzover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of medisch specialist en na schriftelijke toestemming vooraf van de maatschappij bestaat het recht op vergoeding tot nogmaals maximaal €200,- voor behandelingen door een fysiotherapeut, oedeemtherapeut of behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar, dan wel behandelingen kinderfysiotherapie.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder)fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) of oedeemtherapie dan wel oefentherapie Mensendieck / Cesar in verband met een chronische aandoening - overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck / Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie tot maximaal €1.100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Hiervoor is vooraf toestemming vereist van de verzekeraar.

Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

11. Hulpmiddelen

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

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt in ieder geval verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen.

Op deze verstrekkingen zijn de in regeling Hulpmiddelen genoemde maximale vergoedingen en eigen bijdrage wel van toepassing.

Indien hulpmiddelen worden afgenomen bij de door de maatschappij geselecteerde leveranciers, is het in artikel 5 lid 1 omschreven eigen risico niet van toepassing.

12. 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 (SNWLK) in rekening worden gebracht.

13. Logopedie

Vergoed worden de op voorschrift van de huisarts of medisch-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.

14. Plastische of reconstructieve chirurgie

Vergoed worden de kosten van plastische of reconstructieve chirurgie door middel van het DBC tarief 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.

Als geen DBC tarief is overeengekomen, geldt de vergoeding tot maximaal het CTG tarief.

15. 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.

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

16. Privé-kliniek en Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Vergoed worden:

- de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen zelfstandig behandelcentrum (ZBC) waarvoor de bevoegde overheidsinstantie een vergunning heeft verleend door middel van het DBC tarief. Indien een ZBC niet declareert via de DBC-systematiek wordt vergoed tot de maximaal geldende CTG-tarieven.
- de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging in een in Nederland gelegen privé-kliniek door middel van het DBC tarief. Indien een privé-kliniek niet declareert via de DBC-systematiek wordt vergoed tot de maximaal geldende CTG-tarieven. Uitsluitend indien de maatschappij hiervoor vooraf schriftelijk heeft verklaard die kosten voor haar rekening te nemen

17. Revalidatie

Vergeod 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.

18. Second opinion

Vergeod worden de kosten van het raadplegen van een andere dan de behandelend medisch-specialist terzake van een door deze voorgestelde operatie.

19. Sterilisatie

Vergeod worden de aan de ingreep verbonden medische kosten uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis ook al is de medische noodzaak daartoe niet aanwezig.

20. Transplantatie

Vergeod worden:

- a. de kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever(orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na schriftelijke toestemming vooraf door de maatschappij;
- b. de kosten van behandeling door een medisch-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.

21. Trombosedienst

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

22. Thuisverpleging

Vergeod 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 €165,- per etmaal.

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

Vergeod worden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland - indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is - per ambulance, taxi of eigen- of huurauto. Tevens het vervoer naar en van de plaats waar een behandeling plaatsvindt respectievelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Tevens worden vergoed de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer van een verzekerde per helikopter uitsluitend indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is en het vervoer om medische redenen niet kan plaatsvinden met openbaar vervoer, ambulance, taxi of eigen-of huurauto.

De vergoeding voor het gebruik van de eigen- of huurauto bedraagt €0,20 per kilometer.

De kosten van ziekenvervoer dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking kunnen komen.

24. Wachttijdbemiddeling

Verzoeken omtrent wachttijdbemiddeling kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd.

25. Ziektekosten in het buitenland

1. Spoedeisende Ziektekosten tijdens verblijf in het buitenland:

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

- a. opname en behandeling in een algemeen erkend ziekenhuis maximaal 365 dagen (hierbij is het verpleegtariaf ten tijde van de opname en/of behandeling uitgangspunt);
- b. onderzoek en behandeling door een huisarts of medisch specialist, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis, met inbegrip van de door deze voorgeschreven of verstrekte farmaceutische hulp;
- c. medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar een opname plaatsvindt .

Indien een in Nederland gevestigde medisch 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.

Repatriëring wordt vergoed als dit in overleg met SOS International medisch noodzakelijk is, omdat behandelingen ter plekke om medisch redenen niet mogelijk is en als SOS International het vervoer en de begeleiding van de verzekerde naar Nederland regelt. Verzekerde is, indien de maatschappij dit vanuit het oogpunt van kostenbesparing noodzakelijk acht, verplicht medewerking te verlenen aan repatriëring op kosten van de maatschappij, mits het vervoer naar het oordeel van de behandelende arts(en) kan plaatsvinden.

Geen vergoeding wordt verleend voor:

- a. de kosten welke zijn gemaakt na een verblijf van meer dan twaalf (12) maanden buiten Nederland doch binnen Europa;
- b. de kosten welke zijn gemaakt na een verblijf van meer dan zes (6) maanden buiten Europa, tenzij de opname en/of behandeling een aanvang nam gedurende de eerste zes (6) maanden van het verblijf buiten Europa, dan zullen de kosten worden vergoed tot maximaal twaalf 12 maanden vanaf de eerste opname dag buiten Nederland;

Verzekeringsvoorwaarden ZRB02

Zorg-Robuust'02

- c. 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 het Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de omrekenkoers zoals deze geldt op de dag waarop de nota is gedateerd.
- 2. Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie:**
Vergoed worden in een ander lidstaat van de Europese Unie, de kosten van reguliere behandelingen waarvoor in Nederland een CTG tarief is vastgesteld of een DBC tarief is afgesproken en bedraagt ten hoogste 100% van de kosten die krachtens de dekking van deze polisvoorwaarden zouden zijn vergoed als de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan. Voor hulpmiddelen worden de kosten vergoed overeenkomstig de door Maatschappij vastgestelde regeling Hulpmiddelen. De kosten van fysiotherapie worden vergoed overeenkomstig de voorwaarden zoals genoemd in artikel 4 rubriek G sub 10.
De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi, of auto worden in dat geval vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Ter toelichting:

Het is aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval vooraf met de maatschappij contact opneemt, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

S.O.S.-International is dag en nacht bereikbaar onder telefoonnummer (0)20 651 5151 telefax (0)20 651 5109.

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, In voorkomende gevallen kan hulp worden ingeroepen van S.O.S.-International. arts of specialist en - indien gewenst - de namen en telefoonnummers van degenen die moeten worden gewaarschuwd.

Artikel 5 Aanvullende Bepalingen

1. Eigen risico

Het op het polisblad vermelde eigen risico is het bedrag aan verzekerde kosten dat per kalenderjaar voor rekening van verzekeringnemer 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 verzekerd 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 aanvang.

Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling is aangevangen, geldt voor de vaststelling van het eigen risico dat deze behandeling wordt toegerekend aan het voorgaande kalenderjaar.

2. Opname en verpleging in een hogere/lagere klasse

- a. 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.
- b. Wordt een verzekerde, verzekerd 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.
- c. Gedurende de periode dat een verzekerde, verzekerd 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 €25,- per verpleegdag. Deze regeling is niet van toepassing bij een opname in het buitenland.

3. Kinderen

Indien kinderen tijdens de looptijd van de verzekering zijn geboren en van wie de vader en/of de moeder krachtens deze verzekering zijn verzekerd, binnen één maand na hun geboorte ter meeverzekering bij de maatschappij worden aangemeld, worden deze kinderen zonder beperkende bepalingen geaccepteerd. Deze verzekering geldt dan vanaf de geboortedatum. Meeverzekerd kunnen worden de inwonende ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen tot 22 jaar. Voor adoptie-, pleeg- en stiefkinderen is de verzekering van kracht met ingang van de dag van de feitelijke opname van het kind in het gezin in Nederland, recht op een gelijkwaardige verzekering met bijbehorende premie en voorwaarden mits men deze binnen een maand na opname van het kind in het gezin in Nederland ter meeverzekering bij de maatschappij heeft aangemeld. Voor de aanmelding van stief-, pleeg-, adoptiekinderen is wel een ingevulde gezondheidsverklaring noodzakelijk. Voor kinderen worden evenwel voor geen hogere klasse geaccepteerd dan de derde klasse.

Artikel 6 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

1. de kosten voortvloeiend uit enig belang ten behoeve waarvan een garantieregeling van kracht is;
2. de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;
3. kosten die al op basis van een wet of andere voorziening wordt vergoed;
- (in geval 1, 2 en 3 vergoedt de maatschappij uitsluitend die schade die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;)
4. 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;
5. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die voor een bevolkingsonderzoek;
6. de kosten van celtherapie, keuringen en het afgeven van attesten, tenzij in de regeling farmaceutische Zorg anders is bepaald;
7. de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie;
8. de kosten voor hulp en begeleiding door personen of instellingen, al dan niet ingeschakeld bij een medische behandeling, die zich (tevens) bewegen op onderwijskundig terrein;
9. de kosten van andere plastische- en reconstructieve chirurgie als genoemd in artikel 4 rubriek G lid 14;
10. de kosten van cosmetische operaties en behandelingen;
11. de kosten van onderzoek en behandeling door een psycholoog;
12. de kosten van alternatieve geneeswijzen; de kosten van homeopatische- en antroposofische geneesmiddelen;
13. de kosten van preventieve geneeswijzen, tenzij vernoemd in Artikel 4 Rub. G. sub.15;
14. fertiliteitsbevorderende behandelingen voor andere dan in artikel 4 rubriek G sub 9 genoemde vormen van fertiliteitbevorderende behandelingen;
16. de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;
17. 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;
18. kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij; 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 voordoende binnen een staat.
 - e. Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag.
 - f. Mouterij: 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.
19. 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.

Artikel 7 FRAUDE

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van de verzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of een verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat de verzekeraar:

Verzekeringsvoorwaarden ZRB02

Zorg-Robuust'02

- a. aangifte doet bij de politie;
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c. registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d. uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvordert.

Artikel 8 Verplichting in geval van schade

Verzekeringnemer 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 doch binnen 6 maanden na afloop van het kalenderjaar nadat het totaalbedrag van de door verzekeringnemer 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 doch binnen 6 maanden na afloop van het kalenderjaar 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.

Artikel 9 Vecozo

Declaraties en vorderingen

1. Rechtstreeks betaalde declaraties

De maatschappij heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de maatschappij zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

2. Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de maatschappij volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoedingen, voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de maatschappij.

3. Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 genoemde bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de uitkeringsbrief heeft ontvangen. Verzekeringnemer dient deze bedragen te voldoen binnen de in de uitkeringsbrief genoemde termijn. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van De maatschappij of de zorgverlener te vorderen vergoeding.

4. Wanbetaling

Als na de uitkeringsbrief betaling uitblijft, volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn.

Een ingebrekestelling door de maatschappij is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de schorsing is De maatschappij bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 10 Premiebetaling

Premiebetaling:

De verzekeringnemer is verplicht de premie, bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen, binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd is.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de dag van wijziging te (her-)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoeding.

In geval van overlijden van de verzekerde, dan wel na ontvangst door de verzekeraar van de mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde, vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum, dan wel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde.

Premieheffingen

Naast de premie worden eveneens in rekening gebracht de fiscale heffingen (assurantiebelasting) die verzekerden, die buiten Nederland wonen, aan het buitenland verschuldigd zijn, en die moeten worden afgedragen door de verzekeraar.

Schorsing:

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de

gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden of medische behandelingen welke het gevolg zijn van ziekte, kwalen of gebreken die zijn ontstaan of waarvan zich verschijnselen gedurende deze periode hebben voorgedaan. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

Indien sprake is van een in artikel 12 lid d of e vermelde omstandigheid bestaat eerst recht op restitutie van premie vanaf het moment waarop de maatschappij hieromtrent schriftelijk bericht verzegeld van bewijsdocumenten door verzekeringnemer/verzekerde heeft ontvangen.

Artikel 11 Wijziging van de 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 premieervaldag na invoering van de wijziging.

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

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

- a. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- b. de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijds grens 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.

Artikel 12 Einde van de verzekering

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:

- a. indien verzekeringnemer zijn verplichting tot premiebetaling, zoals omschreven in artikel 10, niet nakomt en de maatschappij om die reden deze verzekering op een door haar te bepalen tijdstip opzegt;

- b. indien verzekeringnemer de wijziging van premie en/of voorwaarden overeenkomstig artikel 11 weigert;
- c. indien sprake is van omstandigheden als omschreven in artikel 2 op een door haar te bepalen tijdstip;
- d. bij aangetoonde fraude

De verzekering eindigt voor de betreffende verzekerde automatisch:

- e. op het moment waarop deze zich in het buitenland vestigt;
- f. 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;
- g. op de eerste van de maand waarin deze de 65-jarige leeftijd bereikt, met inachtneming van het bepaalde in artikel 14.

OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 13 Gevolgen van het bereiken van de 22-jarige leeftijd van een verzekerde

Voor deze verzekering is voor niet meer dan 3 ongehuwde kinderen tot 22 jaar, behorend tot het verzekerde gezin, premie verschuldigd.

Voor kinderen, die tijdens de geldigheidsduur van de verzekering de 22-jarige leeftijd bereiken, is de verzekering met ingang van het kalenderjaar na het bereiken van de 22-jarige leeftijd niet meer van kracht. Tegelijkertijd worden zij tegen de dan geldende premie en eigen risico voor alleenstaanden, zonder selectie, zelfstandig verzekerd, zulks met inachtneming van het gestelde in artikel 11.

Artikel 14 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.

Artikel 15 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, verhuizing, huwelijk, samenwoning, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Verzekeringsvoorwaarden ZRB02

Zorg-Robuust'02

PERSOONSREGISTRATIE

Persoonsgegevens die de verzekeringsnemer en/of de verzekerde verstrekt bij de aanvraag of wijziging van een verzekering worden door de maatschappij of een andere tot Fortis Ziektekostenverzekeringen N.V. behorende maatschappij verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten of andere financiële diensten en het beheren van de relaties die daaruit voortvloeien. De door de verzekeringsnemer aangeleverde gegevens worden tevens gebruikt bij het voorkomen en bestrijden van fraude en voor activiteiten gericht op de vergroting van ons klantenbestand. Deze laatstgenoemde activiteiten vinden in principe via uw verzekeringsadviseur plaats, omdat de distributie van de producten en diensten van de maatschappij via deze adviseur verloopt.

Op de verwerking van de persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de verwerking van gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst kunt u opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 87 77.

TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTEN

1. Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

2. Klachten

a. Intern klachtenbureau

Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan het interne klachtenbureau van de maatschappij.

b. Ombudsman Zorgverzekeringen

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekerde niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Telefoon: (030) 698 83 60.

c. De rechter

Wanneer verzekerde geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.