

Polisvoorwaarden
Standaard
Pakket Polis
&
Studenten Standaard
Pakket Polis

 **Zorg en Zekerheid**

POLISVOORWAARDEN

Standaard Pakket Polis Studenten Standaard Pakket Polis 2001



Hoe krijgt u uw rekening vergoed?

Tenzij anders vermeld in de polisvoorwaarden is dit de wijze waarop u vergoeding krijgt uit de (Studenten) Standaard Pakket Polis:

- de originele nota indienen bij Zorg en Zekerheid tezamen met het declaratieformulier;
- vóór 31 december van het jaar volgend op het jaar van de behandeling;
- met vermelding van uw inschrijfnummer;
- met vermelding van uw bank- of gironummer en te naamstelling;

U kunt dit sturen naar:

Zorg en Zekerheid
team Betaling aan Verzekerden
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Informatie over de vergoeding

Heeft u vragen over de vergoeding, belt u dan met onze medewerkers van de teams "Betaling aan Verzekerden". Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer:

(071) 5 825 555

INHOUDSOPGAVE

Artikelnr.	Onderwerp	Pagina
1	Begripsomschrijvingen	5
2	Dekking	10
2.1	Omvang van de dekking	10
2.1.1	Eigen risico	10
2.1.2	Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis	10
2.1.3	Medisch-specialistische zorg anders dan door of vanwege een ziekenhuis	11
2.1.4	Revalidatie	11
2.1.5	Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen	12
2.1.6	Hulpmiddelen	13
2.1.7	Fysiotherapie en oefentherapie	13
2.1.8	Ergotherapie	14
2.1.9	Logopedie	14
2.1.10	Behandeling door de huisarts	14
2.1.11	Bevalling en kraamzorg	14
2.1.12	Tandheelkundige zorg	16
2.1.13	Ziekenvervoer	20
2.1.14	Leukemie bij kinderen	21
2.1.15	Nierdialyse	21
2.1.16	Orgaantransplantaties	22
2.1.17	Chronisch intermitterende beademing	22
2.1.18	Audiologisch centrum	22
2.1.19	Trombosedienst	22
2.1.20	Erfelijkheidsonderzoek	22
2.2	Buitenland	23
2.3	Uitsluitingen	24
3	Algemeen	26
3.1	Grondslag van de verzekering	26
3.2	Kinderen	26

3.3	Vrije keuze	26
3.4	Opname in een hogere dan de verzekerde klasse	27
3.5	Begin en einde van de vergoeding	27
3.6	Registratie van persoonsgegevens	27
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer	27
5	Premie en eigen risico	28
5.1	Premiebetaling	28
5.2	Schorsing	29
5.3	Eigen risico	29
5.4	Kennisgeving	29
6	Herziening van premie of voorwaarden	30
7	Duur en einde van de verzekering	30
8	Geschillen en klachten	31

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. Begripsomschrijvingen

1.1 De verzekeraar:

Degene die het ziektekostenverzekeringsbedrijf uitoefent met uitzondering van de ziekenfondsen en aangewezen organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren.

1.2 Audiologische zorg:

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

1.3 Bijkomende kosten:

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

1.4 Centrum voor bijzondere tandheelkunde:

Een universiteit 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.

1.5 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 erfelijkheidsadvisering.

1.6 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.

- 1.7 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”.
- 1.8 Farmaceutische zorg:**
De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.
- 1.9 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.
- 1.10 Gezin:**
De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.
- 1.11 Huisarts:**
Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.12 Hulpmiddelen:**
De bij ministeriële Regeling vastgestelde limitatieve lijst van hulpmiddelen, zoals verwoord in de regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland.
- 1.13 Kaakchirurg:**
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

- 1.14 Kaakchirurgische behandeling:**
Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.
- 1.15 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.
- 1.16 Kraamzorg:**
Kraamcentrum
Een, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de verzekeraar als zodanig erkende instelling.
Kraamzorg
De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
- 1.17 Laboratoriumonderzoek:**
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.
- 1.18 Logopedist:**
Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.19 Manueel therapeut:**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.20 Medisch adviseur:**
De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

- 1.21 Medische noodzaak:**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.
- 1.22 Medisch-specialist:**
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.23 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.
- 1.24 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, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- 1.25 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.
- 1.26 Orthodontist:**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.27 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 bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

- 1.28 Tandarts:**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.29 Tandprotheticus:**
Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.
- 1.30 Verloskundige:**
Een in Nederland gevestigde verloskundige, als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.31 Verzekerde:**
Ieder die als zodanig op de (het) polis(-aansluiting) of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
- 1.32 Verzekeringnemer:**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.33 Wet BIG**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 1.34 Zelfstandig behandelcentrum**
Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform bij wet gestelde regels is toegestaan.
- 1.35 Ziekenhuis:**
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

2. Dekking

2.1 Omvang van de dekking:

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de hierna genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

2.1.1 Eigen risico:

Op de polis is een eigen risico van *f* 210,-/ € 95,29 per gezin (voor alleenstaanden *f* 105,-/ € 47,65) per kalenderjaar van toepassing. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Het eigen risico is niet van toepassing op ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer. Hiervoor geldt een specifiek eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van een van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekeringnemer blijft, tellen deze niet mee voor het bedrag van het eigen risico.

2.1.2 Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis:

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de derdeklasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moe-

der, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

2.1.3 **Medisch-specialistische zorg anders dan door of vanwege een ziekenhuis in een huispraktijk:**

Het honorarium van de medisch-specialist voor medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend.

2.1.3.1 **Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum:**

- het honorarium van de medisch-specialist;
- de bijkomende kosten.

Een lijst van zelfstandige behandelcentra is desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar.

2.1.3.2 **Medisch-specialistische zorg elders:**

- het honorarium van de medisch-specialist.

2.1.3.3 **Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland (NAD);**

De kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De verzekeraar dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben. De af te geven machtiging geldt voor een periode van zes weken tenzij door de verzekeraar anders is bepaald.

2.1.4 **Revalidatie:**

2.1.4.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs mogelijk is.

- 2.1.4.2 Revalidatie kan plaatsvinden:
- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 - in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- 2.1.4.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 2.1.4.1 en 2.1.4.2 vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en/of behandeling bij de verzekeraar en wanneer de verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- 2.1.5 **Farmaceutische hulp, dieetpreparaten en verbandmiddelen:**
- 2.1.5.1 De kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De middelen afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of door apothekhoudend huisarts, tenzij de verzekeraar anders bepaalt. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.
- 2.1.5.2 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

- 2.1.5.3 De kosten van verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- 2.1.6 **Hulpmiddelen:**
- 2.1.6.1 De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen - zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - vergoed. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn: een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.
- 2.1.6.2 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- 2.1.6.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- 2.1.7 **Fysiotherapie en oefentherapie:**
De kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut of manueel therapeut of 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per jaar op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie geïndiceerd is. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar. Indien en voor zover geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor (kinder-) fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) 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 jaar. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van de verzekeraar. Deze regeling maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Niet voor vergoeding in aanmerking komt individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

2.1.8 Ergotherapie

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van 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

2.1.9 Logopedie:

De kosten van behandeling op voorschrift van de (tand)arts of de medisch-specialist door een logopedist.
Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.1.10 Behandeling door de huisarts:

- het honorarium van de huisarts, alsmede
- de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.1.11 Bevalling en kraamzorg:

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

- 2.1.11.1 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):
Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:
- de kosten van opname in de derde klasse;
 - de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
 - het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of verloskundige of huisarts.

- 2.1.11.2 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum (niet medisch noodzakelijk):
Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis of kraamcentrum plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:
- de kosten in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum, gedurende maximaal 10 dagen tot ten hoogste *f* 341,50/ € 154,97 per dag;
 - het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of verloskundige of huisarts;

Op de vergoeding genoemd onder a. blijft een bedrag van *f* 48,-/ € 21,78 per dag voor rekening van de verzekeringnemer.

- 2.1.11.3 Bevalling en kraambed thuis:
Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden worden de kosten vergoed van het kraamcentrum voor:
- het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of huisarts of verloskundige;
 - de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
 - kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de

behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum in overleg met de verzekeraar.

Op de vergoeding onder c. blijft een bedrag van f 6,-/ € 2,72 per uur zorg voor rekening van de verzekeringnemer.

2.1.11.4 Poliklinische bevalling:

Indien de bevalling poliklinisch plaatsvindt bestaat aanspraak op de vergoeding van:

- a. de kosten van het ziekenhuis volgens het daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarief, waarbij een bedrag van f 48,-/ € 21,78 voor rekening van de verzekeringnemer blijft. Indien het ziekenhuis evenwel verpleegdagen in rekening brengt, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het onder 2.1.11.2 gestelde;
- b. het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).
- c. de kosten van kraamzorg zoals genoemd onder punt 2.1.11.3 lid c.

2.1.11.5 Combinatie van de zorg genoemd onder 2.1.11.1 t/m 2.1.11.4:

Bij een combinatie van de hierboven genoemde hulp worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze "dubbele" dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

2.1.12 Tandheeskundige zorg:

2.1.12.1 Tandheeskundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar:

Vergoed worden de kosten tot maximaal f 500,-/ € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar.

Niet vergoed worden de kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen en orthodontie.

2.1.12.2 Tandheeskundige zorg door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar:

Vergoed worden de kosten van preventief onderhoud, in principe

eenmaal per jaar, tenzij meer behandelingen per jaar medisch/tandheelkundig noodzakelijk zijn. Het preventieve onderhoud omvat:

	TARIEFCODES
- periodieke controle;	C10
- eerste bezoek nieuwe patiënt;	C30
- consult inclusief kleine verrichting;	C20
- het verwijderen van tandsteen.	M50 of M55 of M59
- controle en instructie mondhygiëne.	M30 of M40

2.1.12.3 Gebitsprothese

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

Bij plaatsing en vervaardiging door een tandprotheticus komt alleen voor vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor 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 verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste f1.000,- / € 453,78 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.

Indien de volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd f 800,-/ € 363,02 per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

2.1.12.4 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen:

Vergeoed worden 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. De verzekeraar dient op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming te geven voor de behandeling.

2.1.12.5 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:

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:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- b. 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;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande 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 verzekeraar 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.

2.1.12.6 Kaakchirurgische behandeling:

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die niet gepaard gaat met een opname en zover het betrekking heeft op tandheelkundige implantaten met inachtneming van art. 2.1.12.7;
- de bijkomende kosten.

2.1.12.7 Tandheelkundige implantaten:

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

2.1.12.8 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 verzekeraar 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 bovenkaak komt een bijdrage van f 200,- / € 90,76 per kaak voor rekening van de verzekerde.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese 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 uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van f 200,- / € 90,76 per kaak voor rekening van de verzekerde.

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

2.1.12.9 Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap:

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

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

2.1.13 **Ziekenvervoer:**

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland - indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is - per ambulance, taxi of auto zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, kraamcentrum of een instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese. 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.

Voor ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer, komt een bedrag van de eerste f 100,-/ € 45,38 per gezin per kalenderjaar (voor alleenstaanden f 50,-/ € 22,69 per kalenderjaar) niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op f 0,40/ € 0,18 per kilometer.

De kosten van ziekenvervoer dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens de (Studenten) Standaard Pakket Polis en met inachtneming van het eigen risico geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar kunnen komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking kunnen komen.

2.1.14 **Leukemie bij kinderen:**

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

2.1.15 **Nierdialyse:**

Bij niet-klinische haemodialyse 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 haemodialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regel-

matige controle en het onderhoud (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse.

2.1.16 Orgaantransplantaties:

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 Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

2.1.17 Chronisch intermitterende beademing:

De kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van 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 de verzekerde.

2.1.18 Audiologisch centrum:

De kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

2.1.19 Trombosedienst:

De kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist.

2.1.20 Erfelijkheidsonderzoek:

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het

onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere perso(o)n(en).

2.2 Buitenland:

2.2.1 Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie:

De vergoeding van de kosten van zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie bedraagt ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de (Studenten) Standaard Pakket polis zou zijn vergoed.

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 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 verzekeraar contact opneemt, opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval.

2.2.2 Spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland:

2.2.2.1 De kosten van spoedeisende medische noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland gemaakt omvat de kosten van:

- medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- medisch-specialistische zorg zonder opname;
- behandeling door een huisarts;
- farmaceutische hulp op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist.

Voorgenoemde kosten worden vergoed tot ten hoogste 200% van de kosten die, met toepassing van verzekeringsvoorwaarden zouden worden vergoed, indien de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.

Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

- 2.2.2.2 Vergoeding van de kosten van de in het vorige lid genoemde hulp omvat voorts vergoeding van de kosten van het medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde medisch-specialist.
- 2.2.2.3 Vergoeding van de in dit artikel 2.2.2.1 bedoelde kosten tot ten hoogste 200% wordt niet verleend, indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.
- 2.2.3 De vergoeding van de verzekerde kosten, bedoeld in artikel 2.2.1 en 2.2.2 geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de verzekeraar zijn ontvangen.

2.3 Uitsluitingen:

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 2.3.1 indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswegen of een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt;
- 2.3.2 voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- 2.3.3 voor onderzoek en behandeling door een psycholoog;
- 2.3.4 voor alternatieve geneeswijzen;
- 2.3.5 geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;

- 2.3.6 voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 2.3.7 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;
- 2.3.7.1 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
 - 2.3.7.1.1 de uitsluiting onder 2.3.7.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
 - 2.3.7.1.2 voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 2.3.7.1.1. geen toepassing.
- 2.3.8 voor een in vitro fertilisatie-behandeling;
- 2.3.9 voor een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
- 2.3.10 voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische zorg anders is bepaald.

3. Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering:

De grondslag van de verzekering vormen de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden, het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden alsmede het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier. De schriftelijke gegevens die bij het aanvraagformulier afzonderlijk door de verzekerde zijn verstrekt vormen, met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

3.2 Kinderen:

3.2.1 Voor kinderen, die geboren zijn tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

3.2.2 Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming studiekosten (WTS) of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

3.3 Vrije keuze:

Verzekerde is vrij in keuze van ziekenhuis, medisch-specialist, kaakchirurg, orthodontist, huisarts, apotheker, tandarts, verloskundige, kraamverzorgster, fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut en logopedist.

- 3.4 Opname in een hogere dan de verzekerde klasse:**
Bij opname in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de derde klasse.
- 3.5 Begin en einde van de vergoeding:**
De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.
Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 3.6 Registratie van persoonsgegevens:**
De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij de verzekeraar.

4. Verplichtingen van de verzekeringnemer

- 4.1 De verzekeringnemer is verplicht:**
- 4.1.1
- van een opname in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg zo spoedig mogelijk vooraf schriftelijk kennis te geven aan de verzekeraar;
 - spoedopnames binnen drie dagen na opname schriftelijk ter kennis te brengen van de verzekeraar;
 - de behandelend huisarts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
- 4.1.2 aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- 4.1.3 de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- 4.1.4 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar

in te dienen. Deze nota's dienen op zodanige wijze te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.

- 4.1.5 bij niet-klinische medisch-specialistische behandeling, een verwijzing van de medisch-specialist, huisarts of tandarts te over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;
- 4.1.6 bij fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, oefentherapie, ergotherapie en logopedie een verwijzing van de medisch-specialist of huisarts te over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;
- 4.2 Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

5. Premie en eigen risico

5.1 Premiebetaling:

- 5.1.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en de kosten alsmede de bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand 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.
- 5.1.2 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 volgende op de overlijdensdatum, dan wel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde.

5.2 **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 na de vervaldag van de premie. 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 volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

5.3 **Eigen risico:**

Voor de bepaling van het eigen risico van f 210,- / € 95,29 per gezin (f 105,- / € 47,65 voor alleenstaanden), is de gezinssituatie bij aanvang van de verzekering of de gezinssituatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt dan wel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door twaalf. Bij het aangaan van een verzekering wordt de maand waarin deze tot stand komt buiten beschouwing gelaten. Bij het einde van een verzekering wordt de maand waarin deze wordt beëindigd, als volle maand meegeteld.

5.4 **Kennisgeving:**

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste begeleiding 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.

6. Herziening van premie of voorwaarden

- 6.1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en bloc dan wel groepsgevijs te herzien.
Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum.
De verzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.
- 6.2 De verzekeringnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in 6.1 genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen daarna schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.
- 6.3 Heeft de verzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7. Duur en einde van de verzekering

- 7.1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblas/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Van 1 januari daaropvolgend vindt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de verzekeringnemer tenminste drie maanden van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.
- 7.2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in geval van beëindiging na schorsing als bedoeld in 5.2.
- 7.3 De verzekering eindigt in geval van overlijden van de verzekerde. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.

- 7.4 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is.
- 7.5 De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering is toegelaten en wel op de datum waarop de verzekeraar van de verzekerde het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde ontvangt.
- 7.6 De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder 3.2.
Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.

8. Geschillen en klachten

- 8.1 Alle geschillen voortkomend uit de bepalingen van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 dan wel de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de Beroepscommissie WTZ, Postbus 520, 3700 AM ZEIST binnen zes maanden na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven. De beroepscommissie beslist bij wege van bindend advies over het voorgelegde geschil.
- 8.2 Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de verzekeraar, ter bemiddeling worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN DEN HAAG.
- 8.3 Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Waar kunt u terecht voor informatie?

Postadres:
Zorg en Zekerheid
Postbus 400
2300 AK Leiden
www.zorgenzekerheid.nl

Telefonische informatie

Voor meer informatie toegespitst op uw persoonlijke situatie kunt u contact opnemen met onze medewerkers.

Zij zijn op werkdagen van 08.00 tot 18.00 uur bereikbaar op het volgende telefoonnummer:

(071) 5 825 555

Persoonlijke informatie

Voor persoonlijke informatie kunt u terecht bij onze verzekeringswinkels:

Alphen aan den Rijn:
Aarplein 6,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en vrijdag van 18.30
tot 21.00 uur

Amstelveen:
Burg. Haspelslaan 45,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur

Haarlem:
Gedempte Oude
Gracht 19,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur

Hoofddorp:
Concourslaan 18,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en vrijdag van 18.30
tot 21.00 uur

Katwijk:

Dwarsstraat 19,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur

Leiden:

Korevaarstraat 2,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en donderdag van 18.30
tot 21.00 uur

Lisse:

Koninginneweg 97
(Lisser Passage),
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en donderdag van 18.30
tot 21.00 uur

Mijdrecht:

Croonstadtdlaan 111
(Gemeentehuis De Ronde Venen),
maandag t/m donderdag
van 08.30 tot 16.00 uur,
maandag van 17.30 tot 19.30 uur
en vrijdag van 08.30 tot 12.30 uur.
Gesloten van 12.30 tot 13.00 uur

Noordwijk:

Voorstraat 39, maandag
t/m vrijdag van 09.00
tot 18.00 uur

Rijdende verzekeringswinkel door de gehele regio