
POLISVOORWAARDEN AMERSFOORTSE DOORGAANMODULE VOOR WERKNEMERS 2019



INHOUDSOPGAVE:

1. Begripsomschrijvingen	3
2. Wijze van uitvoering	5
3. Gezin en Zekerheid	5
3.1 Begeleiding en nazorg bij kanker	6
3.2 Extra kinderopvang bij opname ouders	6
3.3 Gezinshulp bij uitval partner	6
3.4 Logeerhuis bij ziekenhuisopname	7
3.5 Mantelzorg (vervangend)	7
3.6 Mantelzorgmakelaar	7
3.7 Reiskosten ziekenbezoek aan meeverzekerden kinderen	7
3.8 Extra zorg na een ongeval	8
4. Uitsluitingen	8
5. De Doorgaanexpert	9
6. Algemeen	9
7. Premie	10
8. Betalingsachterstand (aanvullende) zorgverzekering	10
9. Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	11
10. Declaraties en onderbreking van de dekking	11
11. Regres	12
12. Fraude	12
13. Kennisgeving relevante gebeurtenissen	13
14. Herziening van premie of voorwaarden	13
15. Duur van de verzekering	13
16. Heroverweging en klacht	14
17. Bepalingen in verband met collectiviteit	15
18. Clause terrorismedekking	15
19. Contactgegevens	15

1. Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende zorgverzekering

Een aanvullende zorgverzekering dekt zorg die niet of niet volledig op een basisverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet is gedekt.

Basisverzekering

Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gecontracteerde zorg

Die zorg die de zorgaanbieder, op basis van een tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst, mag verlenen dan wel voor vergoeding in aanmerking komt.

Geriatrisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als geriatrisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Mantelzorger

Een persoon die onbetaald en niet in het kader van een hulpverlenend beroep zorg verleent aan een hulpbehoevende in diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Marktconform tarief

De kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie..

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Ongeval

Een plotseling en onverwacht, van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, waaruit rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken, medisch vast te stellen letsel ontstaat.

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 Wlz onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

Partner

Echtgeno(o)t(e) of degene met wie de werknemer duurzaam samenwoont.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar en Mensendieck die staat ingeschreven in het register psychosomatische oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Verpleegkundige

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

Verwijsbrief/verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of zorginstelling. Een verwijzing moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op een verwijsbrief staat minimaal: NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde, naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens. Een verwijsbrief is tot 1 jaar na afgifte geldig en moet voldoen aan landelijke wet- en regelgeving.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

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

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverzekeraar

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV, hierna ook te noemen wij of de zorgverzekeraar. ASR Basis Ziektekostenverzekeringen NV (kvk 32110828) en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV (kvk 32110823), gevestigd aan de Archimedeslaan 10 te Utrecht staan onder toezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en zijn geregistreerd onder de AFM-nummers 12000605, 12001028 en 12001029.

2. Wijze van uitvoering

Recht Doorgaan Module

U heeft alleen recht op de Doorgaan Module indien u verzekerd bent via de collectieve zorgverzekering van uw werkgever bij De Amersfoortse. Uw werkgever dient een lopend werknemers inkomen product bij De Amersfoortse te hebben. Het recht op deze module vervalt wanneer er geen werknemers inkomen product of zorgverzekering via uw werkgever meer bij De Amersfoortse loopt, of u niet langer verzekerd bent via de collectieve zorgverzekering van uw werkgever.

Aanvullend op de basisverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een basisverzekering en/of aanvullende zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de basisverzekering en/of aanvullende zorgverzekering niet of niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze module.

Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten kunnen wij u dit deel derhalve niet vergoeden.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website:
<http://www.amersfoortse.nl/zorgverzekering/restitutiepolis>.

Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten op zorg als in de zorgdienstenmodule omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Overname incasso zorgverlener

Als De Amersfoortse meer vergoedt dan gedekt is op deze zorgdienstenmodule, wordt u geacht aan ons een volmacht te hebben verleend tot incasso in naam van De Amersfoortse van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

3. Gezin en Zekerheid

Wat krijgt u vergoed?

Maximaal € 5.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Het maximaal verzekerd bedrag is voor de vergoedingen van artikelnummers 3.1 tot en met 3.8 tezamen.

Na een ongeval of bij oncologie, hart- en vaatziekte of beroerte voor:

3.1 Begeleiding en nazorg bij kanker

Wat krijgt u vergoed?

**Maximaal € 1.000 per kalenderjaar
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).**

Voorwaarden:

Beweegprogramma

- U doet mee aan een beweegprogramma en heeft daarvoor een verwijzing gekregen van een bedrijfsarts of medisch specialist.
- Het programma dient te worden gegeven door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut, die in hun praktijk structureel beweegprogramma's aanbieden. Het programma dat aangeboden dient te worden is gecertificeerd door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Coaching rondom kanker

- Vergoeding geldt voor de kosten van een coach die u via 'Coaching rondom kanker' heeft gekregen.
- Meer informatie vindt u op www.coachconnectbijkanker.nl. Het telefoonnummer is (085) 401 94 37. Geef hierbij aan dat u verzekerd bent bij ons.

Oncologische sportprogramma's

- U doet mee aan een beweegprogramma en heeft daarvoor een verwijzing gekregen van een bedrijfsarts of medisch specialist.
- Vergoeding van een oncologisch sportprogramma via de programma's OncoNet, Cyto fys of Stichting Tegenkracht.

3.2 Extra kinderopvang bij opname ouders

Wat krijgt u vergoed?

**€ 25 per dag, maximaal € 1.500 per kalenderjaar voor een gezin met kinderen tot en met 12 jaar
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).**

Voorwaarden:

- Bij een ziekenhuisopname van u of van uw partner, die ook bij ons verzekerd is.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin uw jongste kind 12 jaar wordt. Hij of zij moet ook bij ons verzekerd zijn.
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang vanwege de ziekenhuisopname.
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang door een officieel kinderdagverblijf.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen.
- Wij ontvangen een originele nota met daarop het KvK-nummer van de zorgverlener.
- Wij vergoeden geen:
 - Reguliere kinderopvang.
 - Kinderopvang door familie of vrienden.

3.3 Gezinshulp bij uitval partner

Wat krijgt u vergoed?

**80% tot maximaal € 800 per kalenderjaar voor een gezin met kinderen tot en met 12 jaar
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).**

Voorwaarden:

- Als uw partner ziek is en daardoor de zorgtaak van kind(eren) niet op zich kan nemen, heeft u recht op gezinshulp.
- Als u alleen de zorg heeft voor uw kind(eren), en u bent ziek waardoor u deze taak niet op zich kan nemen, heeft u recht op gezinshulp.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin uw jongste kind 12 jaar wordt. Hij of zij moet ook bij ons verzekerd zijn.

- De gezinshulp kan worden geleverd door Saar aan Huis.

Toelichting:

- Meer informatie vindt u op www.saaraanhuis.nl.

3.4 Logeerhuis bij ziekenhuisopname

Wat krijgt u vergoed?

De eigen bijdrage
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).

Voorwaarden:

- Bij een opname in een Nederlands ziekenhuis.
- Vergoeding van de eigen bijdrage voor ouders of partners bij een Ronald McDonaldhuis of een aan het ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.
- Het gezinslid dat is opgenomen moet bij ons verzekerd zijn.

3.5 Mantelzorg (vervangend)

Wat krijgt u vergoed?

Maximaal € 2.700 per kalenderjaar via Handen in Huis of Saar aan Huis
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).

Voorwaarden:

- Vergoeding van de kosten voor vervangende zorg voor de hulpbehoevende als de vaste mantelzorgers afwezig zijn.
- U krijgt de zorg geleverd door Handen in Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik) als u op de lange termijn (± 8-10 weken van tevoren) een vervangende mantelzorger nodig heeft (bijvoorbeeld bij vakantie). Zij beoordelen of u in aanmerking komt voor deze zorg.
- U krijgt de zorg geleverd door Saar aan Huis als u op de korte termijn (± 1 week van tevoren) een vervangende mantelzorger nodig heeft (bijvoorbeeld door ziekte of uitval). Zij beoordelen of u in aanmerking komt voor deze zorg.

Toelichting:

- Meer informatie vindt u op www.handeninhuis.nl of www.saaraanhuis.nl.

3.6 Mantelzorgmakelaar

Wat krijgt u vergoed?

100%
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).

Voorwaarden:

- U bent mantelzorger als u meer dan 8 uur per week en langer dan 3 maanden mantelzorg verleent. Als uw mantelzorgtaken het werk in de weg gaan staan, kunt u samen met een mantelzorgondersteuner oplossingen zoeken. Een mantelzorgmakelaar kan ondersteunen bij specifieke mantelzorgvragen. Dus kan helpen om de zorg zelf beter te regelen.
- De mantelzorgmakelaar moet aangesloten zijn bij Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM).
- De mantelzorgmakelaar beoordeelt of u recht heeft op de zorg. U kunt zelf contact opnemen met een gecertificeerd mantelzorgmakelaar. Via www.bmzm.nl/leden vindt u gemakkelijk een mantelzorgmakelaar bij u in de buurt.

Toelichting:

- Voor meer informatie over mantelzorg en de mantelzorgmakelaar kunt u kijken op www.bmzm.nl.

3.7 Reiskosten ziekenbezoek aan meeverzekerde kinderen

Wat krijgt u vergoed?

€ 0,30 per kilometer vanaf de 5e opnamedag, tot maximaal € 500 per kalenderjaar
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).

Voorwaarden:

- Zowel u als het kind dat is opgenomen moet bij ons verzekerd zijn.
- Het meeverzekerde kind is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.
- Wij vergoeden per gezin per dag 1x de heenreis en 1x de terugreis over de snelst gebruikelijke route. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden geen:
 - Reiskosten bij een opname in verband met geestelijke gezondheidszorg.

Na een ongeval voor:

3.8 Extra zorg na een ongeval

Wat krijgt u vergoed?

Maximaal € 5.000 per kalenderjaar
(Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij artikel 3).

Voorwaarden:

- Vergoeding is voor één ongeval per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- Vergoeding voor zorgkosten na een ongeval die niet of niet volledig worden vergoed op uw basis- of aanvullende verzekering.
- Wij vergoeden de volgende zorgkosten na een ongeval:
 - Fysiotherapie (inclusief manuele therapie);
 - Tandartskosten bij schade aan uw tanden (inclusief kunstgebit en implantaten);
 - Huishoudelijke hulp bij opname in ziekenhuis;
 - Extra kinderopvang voor kinderen bij opname ouder in ziekenhuis;
 - Taxivervoer naar het ziekenhuis als u om medische redenen geen auto kunt rijden of met het openbaar vervoer kunt gaan;
 - Alternatieve geneeswijzen, zoals chiropractie of musculoskeletale geneeskunde (Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij een door ons erkende beroepsvereniging. Zie hiervoor de lijst 'Erkende beroepsverenigingen alternatieve geneeswijzen' op www.amersfoortse.nl/zorg);
 - Eenvoudige loopmiddelen zoals krukken, rollator of looprekken.
- Het ongeval is u overkomen in het lopende of het voorafgaande kalenderjaar.
- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgverleners.
- Wij vergoeden geen kosten die onder het eigen risico vallen en geen brillen en lenzen.

Toelichting:

- Wilt u de 'Extra zorg na een ongeval' inzetten, gebruik dan het declaratieformulier 'Declaratie extra zorg na een ongeval' op www.amersfoortse.nl/zorg.

4. Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- **Na-u-clausule:** 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 deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan;
- **Samenloop:** zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - een wettelijk gereguleerde verzekering;
 - regeling van overheidswege;

- enigerlei subsidieregeling;
- of een andere overeenkomst.

In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;

- **Wlz:** verstrekkingen krachtens de Wlz 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 Nederlands ingezetenen voor rekening van de Wlz zouden komen;
- **Eigen bijdrage Wlz:** eigen bijdragen krachtens de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;
- **Niet nagekomen afspraak:** declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- **Fitness:** de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;
- **Dekking:** de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;
- **Opzet:** kosten als het verzuim van de verzekerde of het uitvallen van de partner voor verzorgende werkzaamheden is veroorzaakt met opzet of goedgevinden van de verzekeringnemer of door grove schuld aan de zijde van de verzekeringnemer.
- **Molest:** kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking) zie clausule terrorismedekking;
- **Atoomkernreacties:** kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

5. De Doorgaanexpert

De Doorgaanexpert is uw eerste aanspreekpunt voor vragen en advies, u kunt ze bereiken via (033) 464 26 26 of via Whatsapp 06-511 908 29.

6. Algemeen

Bedenktijd

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.
- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen.

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

Grondslag van de verzekering

Aan deze overeenkomst liggen ten grondslag de in het aanvraagformulier en voor zover van toepassing de gezondheidsverklaring verstrekte opgaven en inlichtingen door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, alsmede, indien medische keuring heeft plaatsgevonden, de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekeringnemer en/of verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft de zorgverzekeraar tevens het recht de verzekering op te zeggen.

Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector. Meer informatie hierover vindt u in het privacystatement op www.amersfoortse.nl/zorg.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE te Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Materiële controle en gepast gebruik

Materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Een materiële controle bestaat uit een rechtmatigheidscontrole (is de in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk geleverd) en een doelmatigheidscontrole (was de geleverde prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest voor de hand liggend).

Gepast gebruik bestaat vanuit het oogpunt van de basisverzekering gezien uit drie elementen:

- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de stand van wetenschap en praktijk.
- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de indicatievoorwaarden.
- Is de verzekerde ook redelijkerwijs op de zorg aangewezen (doelmatigheid en kwaliteit van zorg).

7. Premie

Premie verschuldigd

Krachtens deze aanvullende zorgverzekering is de verzekeringnemer geen premie verschuldigd.

8. Betalingsachterstand (aanvullende) zorgverzekering

Betalingsachterstand

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie van de (aanvullende) zorgverzekering die aan deze module ten grondslag ligt, zal de verzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Indien geen betaling plaatsvindt binnen deze periode, zal de verzekeraar een tweede aanmaning versturen onder de mededeling dat bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering wordt beëindigd. Alleen de basisverzekering blijft dan van kracht. Het is de maatschappij toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met aan verzekerde te betalen vergoedingen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering en doorgaan module aan te vragen, als de totale premieachterstand en de wettelijke incassokosten en rente aan de gerechtsdeurwaarder betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar.

Stichting e-Court

Staat er een bedrag open aan premie of andere kosten? Dan kan er een procedure gestart worden bij de geschillencommissie Stichting e-Court. Wanneer wij deze procedure starten dan heeft u vanaf het ontvangen van een door de deurwaarder uitgereikt stuk een maand de tijd om bezwaar te maken tegen de procedure bij Stichting e-Court. Dan zal de procedure door de kantonrechter worden afgehandeld tenzij u het geschil voorlegt aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De wettelijke regels en het toepasselijke procesreglement, die op www.e-court.nl staan, zijn op de procedure bij Stichting e-Court van toepassing.

Onderbreking van de dekking bij detentie

De verzekering wordt onderbroken gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

9. Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de behandeldatum, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetalings of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

Belangen van de zorgverzekeraar

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld.

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden.

10. Declaraties en onderbreking van de dekking

Rechtstreeks betaalde declaraties

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

Verschuldigde bedragen

De in dit artikel bij 'Rechtstreeks betaalde declaraties' genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar 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 vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

Vordering in het algemeen

De in dit artikel bij 'Verschuldigde bedragen' omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen.

De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt 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 zorgverzekeraar is niet vereist. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens art. 10 (Betalingsachterstand) heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

11. Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde, is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien de zorgverzekeraar de kosten met succes verhaalt, worden eventuele maximumvergoedingen in deze aanvullende verzekering niet ten gunste van de verzekerde aangepast.

12. Fraude

Verplichting tot medewerking

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de aanvraag van uw verzekering, uw gegevens in onze administratie en uw declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen. Verleent u geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om uw verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordering Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars onderling de bevoegdheid om informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselt zij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 8 Wet Bescherming Persoonsgegevens. Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De Wet Bescherming Persoonsgegevens geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt uw recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als u en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- uw (zorg)verzekering per direct te beëindigen;
- uw persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- uw persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of andere een opsporingsinstantie;
- gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de basisverzekering jegens u;
- gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.

13. Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

14. Herziening van premie of voorwaarden

Jaarlijkse wijziging

Wij hebben het recht uw premie en of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Tussentijdse wijziging

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij ook in bijzondere gevallen tussentijds uw premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

U ontvangt hierover een brief

Een wijziging in de premie en/of voorwaarden treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvangt u van ons een brief met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure.

15. Duur van de verzekering

Begin van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen mits geaccepteerd. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

Looptijd

Vanaf 1 januari voor onbepaalde tijd, met jaarlijks de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen.

Einde van de verzekering

Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

- Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8 (Betalingsachterstand) niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8 (Betalingsachterstand), te beëindigen;
- Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 12, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op, wij moeten de opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice.
- u heeft een bericht ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Uw opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude aanvullende verzekering op. Indien de verzekeringnemer niet wenst dat de nieuwe verzekeraar namens de verzekeringnemer de oude verzekering beëindigt dient verzekeringnemer dat aan te geven op het aanvraagformulier van de nieuwe verzekering.

Indien de verzekeringnemer de aanvullende zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14 (Herziening) akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering dan binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14 (Herziening) van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

Indien de bij de zorgverzekeraar afgesloten basisverzekering eindigt, kan verzekeringnemer de aanvullende verzekering eveneens laten eindigen. In dit geval eindigt de aanvullende verzekering gelijktijdig met de basisverzekering. Opzegging van de aanvullende verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de basisverzekering eindigt.

De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

- De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;
- De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeengekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- Indien de zorgverzekeraar 1 maand van tevoren aangeeft te stoppen met het voeren van een aanvullend product.

16. Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Bent u het niet eens met een beslissing van De Amersfoortse? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@amersfoortse.nl. Ook kunt u een brief sturen aan De Amersfoortse, t.a.v. de afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht of met ons bellen op (033) 464 20 61.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en bent u het daar niet mee eens? Dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klachten

Hebt u een klacht, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met De Amersfoortse, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Dit kan via het klachtenformulier op onze website www.amersfoortse.nl/zorg of door een brief te sturen aan De Amersfoortse Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. U kunt ons ook bellen op (033) 464 20 61.

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

17. Bepalingen in verband met collectiviteit

De bepalingen in artikel 17 gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering. De uitdiensttreding dient voor de datum van beëindiging van het oude dienstverband te worden gemeld bij de zorgverzekeraar.

Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

Nieuwe collectieve verzekering

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beiden in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

Beëindiging verzuimverzekering

Als de werkgever de verzuimverzekering beëindigt waaraan deze Doorgaanmodule voor werknemers ten grondslag ligt vervalt deze module op dezelfde datum als de verzuimverzekering. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken.

Afbreuk collectief karakter

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het collectieve karakter van het contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

18. Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

19. Contactgegevens

De Doorgaanexpert

www.doorgaanverzekering.nl

Telefoon: (033) 464 26 26

Whatsapp: 06-511 908 29

De Amersfoortse Verzekeringen

Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht
Postbus 2072 3500 HB Utrecht
T 033 464 20 61

E info@amersfoortse.nl
I www.amersfoortse.nl

Amersfoortse Algemene Verzekeringsmaatschappij N.V., KvK 31016186