

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de dekking	
Acnebehandeling	3.1
Alternatieve geneeswijzen	3.2
Astma therapeutisch kamp	3.3
Brillen en contactlenzen	3.4
Buitenland	3.5
Buzzer	3.6
Camouflage	3.7
Cursussen	3.8
Epilatie of laserbehandeling voor ontharing	3.9
Ergotherapie	3.10
Extra zorg na een ongeval	3.11
Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)	3.12
Fertiliteitbevorderende behandelingen (IVF)	3.13
Fysiotherapie en oefen therapie	3.14
Geboorte TENS	3.15
Herstellingsoord	3.16
Hulpmiddelen	3.17
Kinderopvang bij opname ouders	3.18
Kraamcadeau	3.19
Kuurreizen	3.20
Laserbehandeling of lensimplantatie van de ogen	3.21
Lidmaatschap patiëntenvereniging	3.22
Logeerhuis bij opname	3.23
MammaPrint	3.24
Oncotype DX	3.25
Orthodontie	3.26
Orthoptie	3.27
Plastische chirurgie	3.28
Plaswemaker	3.29
Podotherapie	3.30
Preventieve geneeskunde	3.31
Psychologische hulp	3.32
Refertilisatie	3.33
Reiskosten Astmacentrum Davos	3.34
Reiskosten ziekenbezoek	3.35
Sportkeuringen en blessureconsulten	3.36
Sterilisatie	3.37
Steunpessaria	3.38
Steunzolen	3.39
Stottertherapie	3.40
Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar	3.41
Thuisverpleging	3.42
Verlijf bij levertransplantatie	3.43
Verloskundige zorg en kraamzorg	3.44
Voedingsmiddelen (bijzonder)	3.45
Wondverzorging	3.46
Ziekenvervoer	3.47
Ziekenvervoer (eigen bijdragen)	3.48
4 Uitsluitingen	
5 Algemeen	
6 Premie	
7 Premiebetaling en betalingsachterstand	

8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde
9 Declaraties en onderbreking van de dekking
10 Regres
11 Fraude
12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
13 Herziening van premie of voorwaarden
14 Duur van de verzekering
15 Heroverweging en klacht
16 Bepalingen in verband met collectiviteit

Clausule terrorismedekking

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Aanvullende zorgverzekering

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

1.2 Alternatief genezer

Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een erkende beroepsvereniging.

1.3 Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

1.4 Apotheek

Onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

1.5 Basisverzekering

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

1.6 Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC).

1.7 Bekkenterapeut

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

1.8 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

1.9 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of gespecialiseerde GGZ door middel van een prestatiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Het DBC-traject begint op het moment dat een verzekerde zich meldt met een zorgvraag (de DBC wordt geopend) en wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

1.10 Diëtist

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

1.11 Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.12 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

1.13 Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apotheekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door De Amersfoortse vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

1.14 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 voorwendzels.

1.15 Fysiotherapeut

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

1.16 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.

1.17 Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

De GGD richt zich vooral op preventie: voorkomen van

ziekten en bevorderen van gezond gedrag in een gezonde leefomgeving.

1.18 Gemiddeld contractstarief

Het gemiddelde tarief van alle zorgaanbieders waarmee De Amersfoortse voor een bepaalde behandeling of verstrekking een prijsafspraken heeft gemaakt.

1.19 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut".

1.20 Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

1.21 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, als mede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.22 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen.

1.23 Kinderfysiotherapeut

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

1.24 Kraamcentrum

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

1.25 Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

1.26 Laboratoriumonderzoek

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

1.27 Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.28 Manueel therapeut

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

1.29 Marktconform tarief

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

1.30 Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.31 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.

1.32 Mondhygiënist

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

1.33 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

1.34 Oedeemtherapeut

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

1.35 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" (Stb.1997.523).

1.36 Ongeval

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

1.37 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 noodzakelijk moet zijn.

1.38 Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS) van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.39 Orthopedagoog generalist

Een orthopedagoog generalist, die geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO) Orthopedagoog-Generalist en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in het register NVO Orthopedagoog-Generalist.

1.40 Orthoptist

Een orthoptist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.41 Podotherapeut

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld

in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" (Stb.1997.523).

1.42 Privékliniek in het buitenland

Een instelling waarvan met zekerheid kan worden gesteld dat medisch specialistische zorg voor verpleging, onderzoek en behandeling wordt geleverd conform de Nederlandse standaard van kwaliteit.

1.43 Psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de kwalificatieregeling Eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

1.44 Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B.

1.45 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon + 31 (0)20 651 51 51, E-mail info@sosinternational.nl. Ook kunt u online medische reishulp vragen via www.smartmelden.nl. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

1.46 Tandarts

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

1.47 Tijdelijk verblijf

Verblijf in het buitenland gedurende maximaal twaalf maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal 365 dagen gerekend vanaf de dag van opname.

1.48 Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten of Zwitserland, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

1.49 Verloskundige

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

1.50 Verpleegkundige

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

1.51 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.

1.52 Verzekerde

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

1.53 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.54 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.55 Wlz

Wet langdurige zorg.

1.56 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.

1.57 Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

1.58 Ziekenverzorgende

Een in Nederland gevestigde verzorgende (VIGGER of MDGO-vp), die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de wet BIG.

1.59 Zorgverzekeraar

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV, hierna ook te noemen 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 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten.

2.2 Aanvullend op de basisverzekering

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

2.3 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.

2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze aanvullende verzekering 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.

2.5 Overname incasso zorgverlener

Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde.

3 Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

3.1.1 Behandeling van acne

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van ernstige vormen van acne in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van een medisch specialist. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).

3.2 Alternatieve geneeswijzen

3.2.1 Onderzoek en behandeling door een alternatief genezer alsmede alternatieve geneesmiddelen.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Alternatieve geneesmiddelen dienen te worden geleverd door een apotheekhoudende of alternatieve genezer.

3.3 Astma therapeutisch kamp

3.3.1 Verblijf in een therapeutisch kamp.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Verzekerde dient astmatisch en jonger dan 21 jaar te zijn. Op voorschrift van een medisch specialist.

3.4 Brillen en contactlenzen

3.4.1 Enkelvoudige en multifocale/varifocus glazen (incl. montuur) of contactlenzen.

Vergoeding:
Tot € 300,- per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:

Er dient in de 60 maanden voorafgaand aan de aanschaf van enkelvoudige glazen of contactlenzen geen laserbehandeling of lensimplantatie als bedoeld in artikel 3.21 te hebben plaatsgevonden.

Toelichting:

De periode van 36 maanden vangt aan op de leverdatum van de eerste aanschaf van de brillenglazen of contactlenzen die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

Onder contactlenzen worden verstaan dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn. Geen vergoeding bij aanschaf via internet.

Wilt u naar een optiekwinkel met een erkend kwalitatief keurmerk? Zoek dan via <http://www.nuvo-keurmerk.nl/> naar een optiekbedrijf met een NUVO-keurmerk.

3.4.2 Korting bij Eye Wish Opticiens**Korting:**

Indien een bril of contactlenzen bij Eye Wish Opticiens worden gekocht bestaat recht op korting.

Toelichting:

De exacte kortingen bij Eye Wish Opticiens zijn te vinden op www.amersfoortse.nl/zorg.

3.5 Buitenland**3.5.1 Tijdens tijdelijk verblijf**

3.5.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een basisverzekering te boven gaan en de zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten opnemen met SOS International.

3.5.2 Repatriëring

3.5.2.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijk medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalsletsel van verzekerde bestaat er recht op repatriëring naar een instelling in het

woonland. De verzekerde dient medewerking te verlenen aan het verkrijgen van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer verantwoord is en dat de gekozen wijze van vervoer alsmede de vorm van eventuele medische begeleiding noodzakelijk is. Voor vervoer per ambulancevliegtuig geldt bovendien dat de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van de te verwachten invaliditeit van verzekerde moet beogen.

3.5.2.2 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenis of crematie ter plaatse.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De nabestaanden dienen direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International.

Vervoer van het stoffelijk overschot dient plaats te vinden naar de woonplaats in het op het polisblad vermelde woonland.

Toelichting:

Ingeval van overlijden van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar een plaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

Er bestaat geen recht op hulpverlening en vergoeding van kosten, indien de reis naar het buitenland tot doel had een medische behandeling te ondergaan.

3.5.3 SOS Hulpverlening

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerlei vragen op medisch gebied en kan verzekerde van advies voorzien. Als medische hulp noodzakelijk is, kunnen zij verzekerde doorverwijzen naar een betrouwbare zorginstelling in de buurt van uw verblijf. Telefoon: 0031 (0)20 651 51 51. U kunt SOS International voortaan ook om medische reishulp vragen via www.smartmelden.nl. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

3.5.4 Betaalwijze en nota

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com. U dient de nota aan te leveren in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau.

3.6 Buzzer

3.6.1 Verstrekking van een buzzer in bruikleen.

Vergoeding:

Voor een buzzer die in bruikleen wordt verstrekt.

Voorwaarden:

Bij een bevalling, voor een periode van vijf weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum. Of bij een ernstige ziekte. De verzekerde kan de buzzer schriftelijk bij de zorgverzekeraar aanvragen. De zorgverzekeraar kan nadere voorwaarden stellen.

3.7 Camouflage

3.7.1 Camouflageles(sen) en de middelen die nodig zijn tijdens de lessen.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

In geval van een ernstige huidafwijking in het gelaat en/of hals. Op voorschrift van een medisch specialist. De lessen dienen te worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

3.8 Cursussen

3.8.1 Cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Cursussen dienen te worden gegeven door een thuiszorgorganisatie of een patiëntenvereniging die is aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten en Consumenten Platform. De zorgverzekeraar dient bij declaratie in het bezit te worden gesteld van een bewijs van deelname.

3.9 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden reguliere epilatie:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- U heeft een verwijzing van uw behandelend arts.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarden laserbehandeling:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- U heeft een verwijzing van uw behandelend arts.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een arts, huidtherapeut of schoonheidsspecialist (deze moet in opdracht/onder toezien van een huidtherapeut werken).

3.10 Ergotherapie

3.10.1 Ergotherapie.

Vergoeding:

Volledig vanaf het 11^e behandeluur.

Toelichting:

De eerste 10 behandeluren worden vergoed op een basisverzekering. Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling te verlenen door een erkend ergotherapeut in zijn huispraktijk of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

3.11 Extra zorg na een ongeval

3.11.1 Zorgkosten die niet (volledig) worden vergoed op de basisverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering, na een ongeval.

Vergoeding:

Tot € 1.000,- per verzekerde per ongeval.

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;
 - 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;
 - 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.

3.12 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)

3.12.1 Wettelijke eigen bijdragen op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Het geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een basisverzekering.

3.12.2 Geregistreerde geneesmiddelen die niet zijn aangewezen door de overheid in het Reglement Farmaceutische Zorg.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, verpleegkundige of verloskundige. Geleverd door een apotheekhoudende.

3.13 Fertilititeitsbevorderende behandelingen (IVF)

3.13.1 Vanaf de vierde poging in-vitrofertilisatie.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie. Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Toelichting:

De eerste drie pogingen IVF worden vergoed op een basisverzekering.

3.14 Fysiotherapie en oefentherapie

3.14.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van medisch doelmatige zorg. Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

Toelichting:

Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering komende de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de basisverzekering. Bij de indicatie etalagebenen (claudicatio intermittens) worden de eerste 37 behandelingen vergoed op de basisverzekering. Bij de indicatie artrose van de heup en knie worden de eerste 12 behandelingen per 12 maanden oefentherapie vergoed op de basisverzekering.

3.14.2 Behandelingen door een niet gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:

Tot het marktconform tarief.

Voorwaarden:

Er dient sprake te zijn van medisch doelmatige zorg. Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

Toelichting:

Als er sprake is van een indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering komende de kosten vanaf de 21^{ste} behandeling voor vergoeding in aanmerking op de basisverzekering. Bij de indicatie etalagebenen (claudicatio intermittens) worden de eerste 37 behandelingen vergoed op de basisverzekering. Bij de indicatie artrose van de heup en knie worden de eerste 12 behandelingen per 12 maanden oefentherapie vergoed op de basisverzekering.

3.14.3 Screening, intake en onderzoek door een fysiotherapeut of een oefentherapeut.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

De screening wordt uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, of geriatrisch fysiotherapeut.

3.15 GeboorteTENS

3.15.1 GeboorteTENS

Vergoeding:

Volledig voor de aanschaf van een TENSapparaat bij GeboorteTENS.

Voorwaarden:

Ter vermindering van de pijn rondom een bevalling. Op voorschrift van de behandelend arts, gynaecoloog of verloskundige.

Toelichting:

Zie voor meer informatie www.geboortetens.nl.

3.16 Herstellingsoord

3.16.1 Verblijf in een herstellingsoord voor somatische ziekten.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Op voorschrift van de behandelend arts.

3.17 Hulpmiddelen

3.17.1 Eigen bijdrage voor aanschaf van hulpmiddelen.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Het hulpmiddel dient te zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

3.17.2 Kosten boven maximale vergoeding op grond van een basisverzekering.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van kosten boven de maximale vergoeding op aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen als omschreven in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zoals die geldt voor een basisverzekering.

3.18 Kinderopvang bij opname ouders

3.18.1 Kinderopvang bij ziekenhuisopname van een van de verzekerde ouders of verzorgers.

Vergoeding:
Tot € 12,- per dag en gedurende maximaal 365 dagen.

Voorwaarden:
In geval van ziekenhuisopname van één van de bij de zorgverzekeraar verzekerde ouders of verzorgers. Voor opvang van bij de zorgverzekeraar verzekerde kinderen tot en met het kalenderjaar waarin de 12-jarige leeftijd wordt bereikt. De eerste 5 opnamedagen bestaat geen recht op vergoeding.

3.19 Kraamcadeau

3.19.1 Kraamcadeau verstrekt door de zorgverzekeraar.

Vergoeding:
De vrouwelijke verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een kraamcadeau ten behoeve van de bevalling. Deze dient vooraf bij de afdeling claimbehandeling te worden aangevraagd

Voorwaarden:
De vrouwelijke verzekerde dient in de periode gelegen tussen de 5e en 7e maand van de zwangerschap verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar.

3.20 Kuurreizen

3.20.1 Kuurreizen.

Vergoeding:
Volledig, met uitzondering van de reiskosten van en naar het vliegveld.

Voorwaarden:
Verzekerde lijdt aan een ziekte van het bewegingsapparaat, zoals onder meer de ziekte van Bechterew, arthrosis, reumatische aandoeningen e.d. Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De reis dient te worden georganiseerd door de Stichting Kuurreizen of Reisorganisatie Fontana.

Toelichting:
Meer informatie vindt u op www.stichtingkuurreizen.nl en www.fontana-travel.nl.

3.21 Laserbehandeling of lensimplantatie van de ogen

3.21.1 Een laserbehandeling of lensimplantatie van de ogen ter correctie van de visus inclusief de kosten van het vooronderzoek.

Vergoeding:
Tot € 1.250,- per verzekerde per 60 maanden voor beide ogen.

Voorwaarden:
Vanaf 4 of meer dioptrieën per oog. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een oogarts. De vergoeding van brillen of contactlenzen komt gedurende 60 maanden te vervallen. Niet vergoed worden de kosten van het onderzoek als blijkt dat de behandeling niet mogelijk is.

Toelichting:
De periode van 60 maanden vangt aan op de datum van de behandeling die door de zorgverzekeraar is vergoed.

Berekening van het aantal dioptrieën vindt plaats aan de hand van de sferische en cilindrische correctie. Wanneer sprake is van een correctie in gelijke richting worden de waarden voor de sferische en cilindrische correctie opgeteld. Bij correctie in tegengestelde richting wordt uitgegaan van de hoogste van beide waarden.

3.22 Lidmaatschap Patiëntenvereniging

3.22.1 Contributie van een patiëntenvereniging

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De patiëntenvereniging dient te zijn aangesloten bij een landelijk of regionaal patiënten- en consumentenplatform.

3.23 Logeerhuis bij opname

3.23.1 Verschuldigde eigen bijdrage van verblijf van de ouders of partner in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De opname betreft een bij de zorgverzekeraar verzekerd gezinslid van de ouders of partner.

3.24 MammaPrint

3.24.1 MammaPrint

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De MammaPrint wordt uitgevoerd door Laboratorium Agendia. De aanvraag wordt gedaan door uw medisch specialist. De MammaPrint wordt niet vergoed als de oncologisch arts dit niet medisch noodzakelijk vindt.

3.25 Oncotype DX

3.25.1 Oncotype DX

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De Oncotype DX wordt uitgevoerd door een medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis. De aanvraag wordt gedaan door uw behandelend medisch specialist. We vergoeden geen Oncotype DX als de behandelend medisch specialist de Oncotype DX niet medisch noodzakelijk vindt.

Toelichting:
Oncotype DX is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is.

Zie voor meer informatie www.oncotypedx.com.

3.26 Orthodontie

3.26.1 Orthodontische behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Indien en voor zover de behandeling op grond van een basisverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

3.27 Orthoptie

3.27.1 Orthoptische behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een orthoptist.

3.28 Plastische chirurgie

3.28.1 Plastisch chirurgische behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
In geval van een cosmetische operatie waarbij de aanleiding niet voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, ziekte of een afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is. Er bestaat slechts recht op vergoeding als de aard van de behandeling strekt ter correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis

of in een zelfstandig behandelcentrum.

3.29 Plaswemaker

3.29.1 Aanschaf van een plaswemaker en toebehoren.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Op voorschrift van de behandelend arts.

3.30 Podotherapie

3.30.1 Podotherapeutische behandeling.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een podotherapeut.

3.31 Preventieve geneeskunde

3.31.1 Preventieve onderzoeken en vaccinaties.

Vergoeding:
Volledig, tot het in Nederland geldende wettelijk vastgestelde tarief.

Voorwaarden:
Onderzoeken en vaccinaties dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een Nederlands ziekenhuis, door een huisarts of de GGD. Geen vergoeding wordt verleend voor behandeling in het kader van bevolkingsonderzoek, zoals bepaald in de Wet op het Bevolkingsonderzoek. Op basis van deze bepaling wordt tevens geen vergoeding verleend voor preventief diagnostisch onderzoek.

3.31.2 Kosten van de preventieve vaccinaties en preventieve geneesmiddelen die nodig zijn conform de adviezen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes ten gevolge van een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding:
Volledig.

Toelichting:
Meer informatie vindt u op www.LCR.nl.

3.32 Psychologische hulp

Wanneer vergoeding wordt verleend op basis van artikel 3.32.1, dan vervalt het recht op vergoeding volgens artikel 3.32.2 en vice versa.

3.32.1 Psychologische hulp door een gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een eerste-

lijns psycholoog. Verzekerde dient 18 jaar of ouder te zijn.

3.32.2 Psychologische hulp door een niet gecontracteerde psycholoog.

Vergoeding:
Tot € 1.150,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Behandeling dient te worden uitgevoerd door een psycholoog.

3.33 Refertilisatie

3.33.1 Ongedaan maken van een sterilisatie.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis.

3.34 Reiskosten Astmacentrum Davos

3.34.1 Vervoer van de verzekerde die opgenomen wordt en vervoer van het bezoek aan een verzekerde in het Astmacentrum Davos.

Vergoeding:
75% van de reiskosten per trein (in de laagste klasse), eenmaal per opnameperiode van drie maanden.

Voorwaarden:
Voor het bezoek van maximaal twee verzekerden in het Astmacentrum Davos.

3.35 Reiskosten ziekenbezoek

3.35.1 Ziekenbezoek van een verzekerde aan een verzekerde die is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.

Vergoeding:
€ 0,40 per kilometer, eenmaal per dag.

Voorwaarden:
De kosten van de ziekenhuisopname dienen voor rekening van de zorgverzekeraar te komen. De afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis bedraagt minimaal 25 kilometer en wordt berekend over de snelst gebruikelijke route. Voor de berekening van het aantal kilometers tussen het woonhuis en de zorginstelling gebruiken wij de routeplanner van Google Maps.

3.36 Sportkeuringen en blessureconsulten

3.36.1 Sportkeuring of blessureconsult.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De keuring of het consult dient te worden uitgevoerd in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

Blessureconsulten, uitgevoerd door een sportarts, worden vergoed onder de basisverzekering. Hierop is het eigen risico van toepassing.

3.37 Sterilisatie

3.37.1 Sterilisatie.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis of door de zorgverzekeraar gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

3.38 Steunpessaria

3.38.1 Steunpessaria.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Op voorschrift van behandelend arts.

3.39 Steunzolen

3.39.1 Steunzolen.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Op voorschrift van behandelend arts of podotherapeut.

3.40 Stottertherapie

3.40.1 Behandeling van stotteren door middel van stottertherapie en het verblijf.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Er dient volgens de Del Ferro methode of de Hausdorfer methode stottertherapie wordt gegeven.

3.41 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar

3.41.1 Tandartskosten voor verzekerden tot 18 jaar.

Vergoeding:
Volledig voor tandheilkundige hulp of eigen bijdragen op de tandheilkundige hulp voor verzekerden tot 18 jaar die niet vergoed worden op een basisverzekering. Vergoeding van orthodontie vindt plaats op basis van artikel 3.26.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist.

Toelichting:
Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op www.amersfoortse.nl.

3.42 Thuisverpleging

3.42.1 Thuisverpleging ter bekorting of vervanging van een medisch geïndiceerd verblijf in een ziekenhuis.

Vergoeding:
Volledig voor de kosten van thuisverpleging.

Voorwaarden:
Ter bekorting of vervanging van een medisch geïndiceerd verblijf in een ziekenhuis waarvan de kosten voor rekening van de zorgverzekeraar zouden komen. De vergoeding is een aanvulling op de Wlz. Uitgevoerd door een verpleegkundige of een ziekenverzorgende ten huize van verzekerde. De zorgverzekeraar kan nadere voorwaarden stellen. Deze voorwaarden kunnen onder andere betreffen de aard en omvang van de zorg en de zorgverlenende instantie. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.43 Verblijf bij levertransplantatie

3.43.1 Verblijf tijdens opname van verzekerde bij levertransplantatie.

Vergoeding:
- Tot maximaal € 33,- per dag voor de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen gedurende maximaal 28 dagen.
- Tot maximaal € 25,- per dag voor de kosten van verblijf in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen gedurende de periode van opname van de verzekerde waarbij transplantatie plaatsvindt.

Voorwaarden:
Verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen is voor verzekerde en verzorger en aansluitend op een levertransplantatie bij een verzekerde. Verblijf in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen voor één gezinslid ten behoeve van een levertransplantatie bij een verzekerde.

3.44 Verloskundige zorg en kraamzorg

3.44.1 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel de vrouwelijke verzekerde als haar kind bij verblijf in een ziekenhuis of kraamcentrum zonder medische noodzaak.

Vergoeding:
€ 17,50 per verzekerde per opnamedag.

3.44.2 Eigen bijdrage voor kraamzorg voor de vrouwelijke verzekerde bij verblijf thuis.

Vergoeding:
€ 4,40 per uur verleende zorg.

Toelichting:
Onder eigen bijdrage wordt bedoeld de eigen bijdrage die uit hoofde van de basisverzekering wordt geheven voor bevalling en kraamzorg.

3.44.3 Uitgestelde kraamzorg en couveuse nazorg.

Vergoeding:
Maximaal 4 uur.

Voorwaarden:
De zorg moet medisch geïndiceerd zijn door een medisch specialist.
De zorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende.

3.45 Voedingsmiddelen (bijzonder)

3.45.1 Vloeibare kant-en-klare voeding en voor sondevoeding inclusief toedieningssysteem.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Voor verzekerden in de terminale fase. Op voorschrift van de behandelend arts of medisch specialist.

3.46 Wondverzorging

3.46.1 Zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
De middelen dienen geleverd te zijn door een apothekhoudende. Op voorschrift van de behandelend arts of medisch specialist.

3.47 Ziekenvervoer

3.47.1 Ziekenvervoer van verzekerde.

Vergoeding:
- Volledig voor de kosten van vervoer in Nederland per taxi.
- € 0,40 per kilometer bij vervoer in Nederland per auto.
- € 0,16 per kilometer bij vervoer in Nederland per auto, in aanvulling op de vergoeding van een basisverzekering.

Voorwaarden:
Als met het oog op de gezondheid de verzekerde niet met het openbaar vervoer kan reizen. Vervoer dient verband te houden met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen of vervoer vindt plaats naar en van een inrichting waar verzekerde ten laste van de Wlz wordt opgenomen en/of behandeld. Op voorschrift van een arts of medisch specialist. Wij vergoeden ziekenvervoer op basis van de snelst gebruikelijke heen- en terugreis tussen uw woonhuis en de zorginstelling. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google maps.

3.48 Ziekenvervoer (eigen bijdragen)

3.48.1 Eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Er dient sprake te zijn van zittend ziekenvervoer dat vergoed wordt op grond van een basisverzekering.

4 Uitsluitingen

Geen vergoeding wordt verleend voor:

4.1 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 onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

4.2 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 geregelde 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;

4.3 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;

4.4 Eigen bijdrage Wlz

eigen bijdragen krachtens de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

4.5 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.6 Keuringen en attesten

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.30 en 3.35;

4.7 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

4.8 Fitness

de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;

4.9 Dekking

de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling bepalend is;

4.10 Molest

kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, 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;

4.11 Atoomkernreacties

kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

4.11.1 De uitsluiting onder 4.11 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve 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 radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

4.11.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.11.1 geen toepassing;

5 Algemeen

5.1 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.

5.2 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.

5.3 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 124, 3700 AC te Zeist.

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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 Aanvullende verzekering kinderen

De verzekerde jonger dan 18 jaar is verzekerd op dezelfde aanvullende verzekering als de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer. Bij wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van de verzekerde jonger dan 18 jaar automatisch mee.

5.7 Materiële controle

Materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

5.8 DBC

Voor de vaststelling van de vergoeding wordt de DBC of het DBC-Zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

6 Premie

6.1 Premie verschuldigd

Krachtens deze aanvullende zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

6.2 Leeftijdsbepaling

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

6.3 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens opzet de zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

7 Premiebetaling en betalingsachterstand

7.1 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daaropvolgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Indien is gekozen voor premiebetaling per jaar, halfjaar of kwartaal en de betaling is niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen voldaan, behouden wij ons het recht voor de premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

7.2 Betalingsachterstand

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, 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 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.

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.

7.3 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.

8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/ verzekerde

8.1 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.

8.2 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.

8.3 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.

8.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de factuurdatum, 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 aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

8.5 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.

9 Declaraties en onderbreking van de dekking

9.1 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.

9.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 9.1 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.

9.3 Vordering in het algemeen

De in artikel 9.2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer de verzamelnota heeft ontvangen. De verzamelnota bevat een overzicht van de verschillende uitkeringsbrieven, waarin de verschuldigde bedragen zijn opgenomen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de in de verzamelnota genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

9.4 Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de verzamelnota genoemde termijn betaalt, volgt na de verzamelnota nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de 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 artikel 7.2 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.

10 Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- b. 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 treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien de 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.

11 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 Marktordening 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.

12 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

12.1 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.

12.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

13 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.

14 Duur van de verzekering

14.1 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.

14.2 Looptijd

Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

14.3 Einde van de verzekering

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

14.3.1.1 Indien verzekeringnemer de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7.2 betalingsachterstand, te beëindigen;

14.3.1.2 Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 11, 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.

14.3.1.3 Indien de verzekeraar een maand van tevoren

aangeeft te stoppen met het voeren van de aanvullende verzekering.

14.3.2 Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- 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.

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

14.3.2.2 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 13.1 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 13.1 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;

14.3.2.3 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.

14.3.2.4 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.

14.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

14.3.3.1 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;

14.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke

overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.

15 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 (0)33 464 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 (0)33 464 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.

16 Bepalingen in verband met collectiviteit

De bepalingen in artikel 16 gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

16.1 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.

16.2 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 zorgverzekering 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.

16.3 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.

Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

Belangrijke informatie:

De Amersfoortse Verzekeringen:

www.amersfoortse.nl/zorg

Afdeling Acceptatie

Telefoon: 0900 999 66 53.

Email: asnederland@amersfoortse.nl

ziektelkosten.x-forte@amersfoortse.nl

zorg.polis@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Declaraties

Telefoon: 0900 999 66 54.

Email: asnederland@amersfoortse.nl

ziektelkosten.x-forte@amersfoortse.nl

zorg.declaraties@amersfoortse.nl