

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

1 Begripsomschrijvingen	
2 Prestatiewijze en dekking	
3 Omvang van de dekking	
Abortus	3.1
Audiologisch centrum	3.2
Bevalling	3.3
Buitenland	3.4
Caribische delen van Nederland	3.5
Dagverpleging	3.6
Dieetpreparaten	3.7
Erfelijkheidsonderzoek	3.8
Fertiliteitbevorderende behandelingen	3.9
Fysiotherapie en oefentherapie	3.10
Geneesmiddelen	3.11
Huisarts	3.12
Hulpmiddelen	3.13
Kraamzorguitkering	3.14
Logopedie	3.15
Medisch specialistische zorg	3.16
Nierdialyse	3.17
Plastische chirurgie	3.18
Preventieve geneeskunde	3.19
Privé-kliniek	3.20
Revalidatie	3.21
Second opinion	3.22
Sterilisatie	3.23
Tandheelkundige hulp	3.24
Transplantaties	3.25
Verbandmiddelen	3.26
Ziekenhuisopname	3.27
Ziekenvervoer	3.28
4 Uitsluitingen	
5 Medisch Advies Groep	
6 Algemeen	
7 Premie	
8 Premiebetaling en betalingsachterstand	
9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
10 Declaraties en onderbreking van de verzekering	
11 Regres	
12 Fraude	
13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
14 Herziening van premie of voorwaarden	
15 Duur van de verzekering	
16 Heroverweging en klacht	
17 Bepalingen in verband met collectiviteit	

Clausule terrorismedekking

Belangrijke informatie

Verzekeringsvoorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Apotheekhoudend huisarts

Een arts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties en een erkenning heeft als apotheekhouder.

1.2 Apotheker

Een apotheker, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.3 Audiologische hulp

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

1.4 Bijkomende kosten

De medische kosten die, naast de verpleegkosten en de kosten van medisch specialistische zorg, rechtstreeks verband houden met en zijn gemaakt tijdens een opname in een ziekenhuis, dan wel tijdens de niet klinische medisch- specialistische zorg (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoeken, bloedtransfusies, geneesmiddelen en gebruik van de operatiekamer).

1.5 Dagverpleging

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

1.6 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.

1.7 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.

1.8 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.9 Geneesmiddelen

Geneesmiddelen welke uitsluitend op recept van de huisarts of een medisch specialist door een apotheek of een apotheekhoudende (huis)arts mogen worden geleverd.

Onder geneesmiddelen worden niet verstaan geneesmiddelen die zonder recept en met name ook bij drogisten verkrijgbaar zijn; ook als zulke geneesmiddelen op recept worden geleverd bestaat geen recht op vergoeding. Hiertoe behoren o.a.:

- versterkende voedingsmiddelen
- vermageringsmiddelen
- vitaminepreparaten
- laxemiddelen.

1.10 Huisarts

Een in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts die als gezinsarts van verzekerde de algemene huisartsenpraktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartshulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.11 Hulpmiddelen

De medische hulpmiddelen die in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn opgenomen.

1.12 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die ter plaatse van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, overeenkomstig de aldaar geldende normen.

1.13 Kraaminrichting

Een door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig erkende inrichting.

1.14 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig is erkend.

1.15 Logopedist

Een logopedist, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.16 Marktconform tarief

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

1.17 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 de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.18 Medisch specialist

Een praktiserend arts die ter plaatse van de behandeling bevoegd is als specialist werkzaam te zijn, overeenkomstig de aldaar geldende normen.

1.19 Medisch specialistische zorg

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

1.20 Oefentherapeut Cesar en oefentherapeut Mensendieck

Een gevestigde oefentherapeut Cesar en oefentherapeut Mensendieck, die als zodanig erkend is.

1.21 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, als en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.22 Orthodontist

Een tandarts, die voor het betreffende specialisme als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.23 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstanties erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

1.24 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.

1.25 Spoedeisende zorg

Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van ziekte of ongeval waarbij medische zorg direct noodzakelijk is.

1.26 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.27 Tandheelkundig adviseur

De tandarts, die de zorgverzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.28 Wiz

Wet langdurige zorg.

1.29 Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.30 Verzekerde

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

1.31 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.32 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

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

1.33 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit één en dezelfde ziekteoorzaak / oorzaken of één en hetzelfde ongeval.

1.34 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.

1.35 Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer - indien en voor zover om medische redenen openbaar vervoer niet verantwoord is - per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto zowel naar als van een ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede zowel naar als van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent. Het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de zorgverzekeraar komen.

1.36 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 Prestatiewijze en dekking

2.1 Woonland

Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke in het buitenland woonachtige persoon worden afgesloten.

2.2 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt in Nederland 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 en in het buitenland tot de aldaar geldende wettelijke tarieven.
- 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.

2.3 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis 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.

2.4 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 teveel betaalde.

3 Omvang van de dekking

3.1 Abortus

3.1.1 Medische kosten van abortus.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis of in een in Nederland gevestigde door de overheid erkende kliniek die speciaal voor de bovengenoemde behandeling is ingericht.

3.2 Audiologisch centrum

3.2.1 Audiologische zorg in een audiologisch centrum.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd door een audiologisch centrum, erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

3.3 Bevalling

3.3.1 Bevalling in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk).

Vergoeding:

Volledig voor de kosten van het ziekenhuis en het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) gedurende maximaal acht dagen.

Voorwaarden:

Bij een ziekenhuisopname buiten Nederland moet de verzekerde direct contact opnemen met SOS International. Er bestaat alleen recht op vergoeding als het ziekenhuis die zorg levert die in Nederlandse ziekenhuizen als standaard zorg is te beschouwen. Dit is ter beoordeling van de arts van SOS International.

3.3.2 Bevalling in een ziekenhuis (niet medisch noodzakelijk)

Vergoeding:

- Tot € 1.000,- per verpleegdag, gedurende maximaal vier dagen.

- Volledig voor de bijkomende kosten van het ziekenhuis en het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) gedurende maximaal vier dagen.

Voorwaarden:

Bij een ziekenhuisopname buiten Nederland moet de verzekerde direct contact opnemen met SOS International. Er bestaat alleen recht op vergoeding als het ziekenhuis die zorg levert die in Nederlandse ziekenhuizen als standaard zorg is te beschouwen. Dit is ter beoordeling van de arts van SOS International.

3.3.3 Bevalling poliklinisch, in een kraaminrichting of thuis.

Vergoeding:

Volledig voor de kosten van een poliklinische bevalling en het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Voorwaarden

Als het ziekenhuis geen poliklinische bevalling in rekening brengt, geldt vergoeding volgens artikel 3.3.1 of 3.3.2.

3.4 Buitenland

3.4.1 Tijdens tijdelijk verblijf

3.4.1.1 De kosten van zorg in een ander land dan het woonland.

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 te vormen. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

3.4.2 EU- en EER-staten

3.4.2.1 De kosten van zorg in een EU of EER lidstaat anders dan het woonland.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

De zorg is het doel van de reis naar het buitenland. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. Behandeling in het buitenland is op voorschrift van een medisch specialist.

3.4.3 Repatriëring

3.4.3.1 Vervoer (inclusief de noodzakelijke medische begeleiding en begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde) per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig naar het woonland.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Verzekerde dient direct contact op te nemen of te laten opnemen met SOS International. Slechts in geval van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel 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.

3.4.4 Vervoer van het stoffelijk overschot, begrafenissen of crematie ter plaatse

Vergoeding:
Tot € 10.000,-

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 woonplaats in het woonland, waaronder de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist. Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenissen 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.

3.4.5 SOS Hulpverlening

Er bestaat tijdens tijdelijk verblijf recht op hulpverlening door SOS International. Een team van Nederlandse verpleegkundigen is telefonisch bereikbaar voor allerhande 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 ook om medische reishulp vragen via www.smartmelden.nl. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

3.4.6 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.

3.5 Dagverpleging

3.5.1 Verblijf, verpleging en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis. Verblijf in ziekenhuis is korter dan 24 uur.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Verband houdend met medisch specialistische zorg of onderzoek.

3.6 Caribische delen van Nederland

3.6.1 De kosten van medisch noodzakelijke zorg in een ander land dan de Caribische delen van Nederland alsmede de daarmee verbandhoudende vervoerskosten.

Vergoeding:
Tot tweemaal Nederlands tarief.

Voorwaarden:

Verzekerde dient woonachtig te zijn in het Caribisch deel van Nederland. Vergoeding vindt alleen plaats voor een ziekenhuisopname in combinatie met een medisch noodzakelijke operatie waarvoor in het Caribisch deel van Nederland geen apparatuur of specialisme aanwezig is. Verzekerde is verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens

de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. De arts van SOS International zal tevens bepalen in welk land de noodzakelijke zorg genoten dient te worden.

3.7 Dieetpreparaten

3.7.1 De kosten van dieetpreparaten.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van:

- a. een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of
 - b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
 - een chronisch obstructief longlijden, of
 - een cystische fibrose, of
 - een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.
- Op voorschrift van een huisarts of medisch specialist en na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.
De zorgverzekeraar kan nadere voorwaarden stellen.

3.8 Erfelijkheidsonderzoek

3.8.1 Onderzoek en advisering aan de verzekerde.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

De voor het advies, aan een verzekerde, noodzakelijke onderzoeken bij andere personen komen voor rekening van de zorgverzekeraar(s) van de onderzochte andere persoon of personen. Uitgevoerd in een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing, erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
Op voorschrift van een arts of medisch specialist.

3.9 Fertiliteitsbevorderende behandelingen

3.9.1 Operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Bij een medische indicatie volgens de internationale medische standaard.
Op voorschrift van de behandelend arts en uitgevoerd in een ziekenhuis.

3.10 Fysiotherapie en oefentherapie

3.10.1 Behandeling van fysiotherapie en oefentherapie.

Vergoeding:
Tot 25 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)-

fysiotherapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, oedeemtherapeut of manueel therapeut.

3.11 Geneesmiddelen

3.11.1 De kosten van geneesmiddelen.

Vergoeding:
Volledig voor de kosten van geneesmiddelen.

Voorwaarden:

Op voorschrift van een huisarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

3.12 Huisarts

3.12.1 Honorarium van de huisarts en kosten van laboratoriumonderzoek.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

Laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts.

3.13 Hulpmiddelen

3.13.1 Aanschaf, correctie, vervanging of herstel van medische hulpmiddelen volgens het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. Tevens vergoeding voor pessarium en koperspiraal.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:

De hulpmiddelen zijn noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd. Dit ter beoordeling van de zorgverzekeraar. Op voorschrift van de behandelend arts of medisch specialist en na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.
De zorgverzekeraar kan nadere voorwaarden stellen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

3.14 Kraamzorguitkering

3.14.1 Geldelijke uitkering voor zorg na de bevalling door een kraamverzorgende.

Vergoeding:

Een kraamzorguitkering van € 1.400,-. Als binnen acht dagen, met ingang van de dag van geboorte, een ziekenhuisopname plaatsvindt, dan wordt voor iedere gedeclareerde verpleegdag € 175,- in mindering gebracht op de kraamzorguitkering. De dag van ontslag wordt niet in mindering gebracht op de kraamzorguitkering.

Voorwaarden:

De kraamvrouw is op de dag van de geboorte van het kind verzekerd.

3.15 Logopedie

3.15.1 Behandelingen door een logopedist.

Vergoeding:

Tot 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Op voorschrift van een huisarts of specialist. Uitgevoerd door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en/of anderstaligheid.

3.16 Medisch specialistische zorg (niet-klinisch)

3.16.1 Het honorarium en de bijkomende kosten van medisch specialistische behandeling.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Uitgevoerd in een ziekenhuis of in de huispraktijk van de medisch specialist.

3.17 Nierdialyse

3.17.1 Nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) of thuis, de psychosociale begeleiding en niet-medische kosten bij thuisdialyse.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Niet-medische kosten bij thuisdialyse omvat de vergoeding voor kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Hieronder valt eveneens de opleiding door het dialysecentrum van degene die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn. Overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen, maar waarvoor geen vergoeding voorzien is in een wettelijke regeling komen ook voor vergoeding in aanmerking. De psychosociale begeleiding wordt verleend door het dialysecentrum. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.18 Plastische chirurgie

3.18.1 Plastische chirurgie

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Een vormverbeterende ingreep 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 privé-kliniek.

3.19 Preventieve geneeskunde

3.19.1 Preventieve onderzoeken naar hart - en bloedvaten, baarmoederhalskanker en borstkanker.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Onderzoeken dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis of door een huisarts.

3.19.2 Kosten van de preventieve vaccinaties voor griep, hondsdoelheid, rode hond, tetanus, hepatitis-B en meningokokken.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Vaccinaties dienen te worden gegeven door een medisch specialist in een ziekenhuis of door een huisarts.

3.20 Privé-kliniek

3.20.1 Het honorarium en de bijkomende kosten van medisch specialistische behandeling in een privé-kliniek.

Vergoeding:

Volledig

Voorwaarden:

Bij opname in een privé-kliniek buiten Nederland moet de verzekerde direct contact opnemen met SOS International. Er bestaat alleen recht op vergoeding als de privé-kliniek die zorg levert die in Nederlandse ziekenhuizen als standaard zorg is te beschouwen. Dit is ter beoordeling van de arts van SOS International.

3.21 Revalidatie

3.21.1 Revalidatie in een klinische situatie of in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

Revalidatie kan gepaard gaan met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. Op voorschrift van revalidatiearts en aan te vragen met een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.22 Second opinion

3.22.1 Raadplegen van een andere arts dan de behandelend arts over een door de behandelend arts

voorgestelde operatie.

Vergoeding:
Volledig.

3.23 Sterilisatie

3.23.1 Sterilisatie.

Vergoeding:
Volledig.

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

3.24 Tandheelkundige hulp

3.24.1 Tandheelkundige hulp.

Vergoeding:
Tot € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een tandarts.

Toelichting:
Onder dit artikel wordt niet vergoed de kosten van orthodontie (artikel 3.24.5 en 3.24.6).

3.24.2 Kaakchirurgische zorg (niet-klinisch).

Vergoeding:
Volledig voor het honorarium van een kaakchirurg en de bijkomende kosten van het ziekenhuis.

Voorwaarden:
Op voorschrift van een huisarts of tandarts.

3.24.3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg en orthodontist. Of, een van hiervoor genoemde zorgverleners als die werkzaam is in een centrum voor bijzondere tandheelkunde:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering en schriftelijk behandelplan van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

3.24.4 Implantaten

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg in artikel 3.24.3 begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare volledige overkappingsprothese.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

3.24.5 Orthodontische behandelingen in bijzondere gevallen

Orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

3.24.6 Orthodontische behandeling voor verzekerden tot 21 jaar.

Vergoeding:
Tot € 1.400,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering.

Voorwaarden:
Uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

3.24.7 Tandheelkundige hulp bij een lichamelijke en/of geestelijke handicap.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Bij een lichamelijke en/of geestelijke handicap waardoor een langere behandeltime nodig is dan normaal. Na (schriftelijke) toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

3.25 Transplantaties

3.25.1 Organtransplantaties en weefseltypering bij verzekerde.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Bij de transplantatie van de volgende donororganen: huid,

hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop). De weefseltypering wordt gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Onderdeel van de vergoeding is ook de verpleging en behandeling van de donor tijdens de transplantatie en medisch specialistische zorg tot drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis. De opname van de donor vindt plaats op basis van de verzekerde klasse waarvoor de donor verzekerd is. De verpleging en de behandeling van de donor dient verband te houden met de desbetreffende transplantatie.

3.26 Verbandmiddelen

3.26.1 De kosten van verbandmiddelen.

Vergoeding:
Volledig.

Voorwaarden:
Bij een ernstige aandoening waarbij langdurig medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

3.27 Ziekenhuisopname

3.27.1 Verblijf, verpleging en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis.

Vergoeding:
- Volledig gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval.
- Volledig voor de kosten van verpleging van het meeverzekerde kind tot de leeftijd van drie maanden, bij een ziekenhuisopname van de moeder.
- Volledig voor de kosten van verpleging van de meeverzekerde moeder tot maximaal acht dagen na de bevalling, bij een ziekenhuisopname van het kind.

Voorwaarden:
Bij een ziekenhuisopname buiten Nederland moet de verzekerde direct contact opnemen met SOS International. Er bestaat alleen recht op vergoeding als het ziekenhuis die zorg levert die in Nederlandse ziekenhuizen als standaard zorg is te beschouwen. Dit is ter beoordeling van de arts van SOS International. Bij een opname in het Nederlands Astmacentrum te Davos dient vooraf toestemming te zijn verleend door de zorgverzekeraar.

3.28 Ziekenvervoer

3.28.1 Vervoer per ambulance, taxi of eigen auto.

Vergoeding:
- Volledig voor de kosten van vervoer per ambulance of taxi.
- Tot € 0,30 per kilometer bij vervoer per auto.

Voorwaarden:
De kosten van vervoer worden vergoed indien en voor zover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Dit dient te worden aangetoond middels een medische indicatie van de behandelend medisch specialist of huisarts. Vervoer dient verband te houden met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de

zorgverzekeraar komen.

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 Niet nagekomen afspraak

declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

4.4 Preventieve geneeskunde

de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.19. Tevens wordt geen vergoeding verleend voor behandeling in het kader van bevolkingsonderzoek, zoals bepaald in de Wet op het Bevolkingsonderzoek, wanneer deze behandelingen in Nederland worden uitgevoerd. Op basis van deze bepaling wordt tevens geen vergoeding verleend voor preventief diagnostisch onderzoek;

4.5 Celtherapie

de kosten van celtherapie;

4.6 Geestelijke gezondheidszorg

alle kosten die verband houden met de behandeling van de geestelijke gezondheid;

4.7 Fitness

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

4.8 Dekking

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

4.9 Molest

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

4.10 Atoomkernreacties

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

4.10.1 De uitsluiting onder 4.10 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).

4.10.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.10.1 geen toepassing.

5 Medisch Advies Groep

De afdeling Medisch Advies Groep bestaat uit ervaren medisch adviseurs, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Bij deze afdeling kunt u terecht voor:

- Advies over uw gezondheid of over ziekte
- Medisch inhoudelijke vragen, bijvoorbeeld over hulpmiddelen, mondzorg, PGB/wijkverpleging, fysiotherapie, zorg in het buitenland
- Wachtlijstbemiddeling, voor zowel lichamelijk als geestelijke behandelmogelijkheden.

U kunt de Medisch Advies Groep bereiken op 0031 (0)33 464 20 61 of per e-mail: zorgadvies@amersfoortse.nl.

6 Algemeen

6.1 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.

6.2 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 verzekeringsnemer aan de maatschappij, alsmede - indien medische keuring heeft plaatsgevonden - de bij die keuring door verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer 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.

6.3 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.

6.4 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.

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.

6.5 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.

6.6 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.

7 Premie

7.1 Premie verschuldigd

Krachtens deze zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

7.2 Premierestitutie

Behalve bij opzegging wegens het opzettelijk misleiden van de zorgverzekeraar, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

8 Premiebetaling en betalingsachterstand

8.1 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 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 opgesteld 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, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskortings komt dan te vervallen.

8.2 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 verzekering wordt beëindigd. Het is de maatschappij toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met aan verzekerde te betalen vergoedingen.

Het is mogelijk om een nieuwe 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.

9 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

9.1 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.

9.2 Schade-informatieplicht

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

9.3 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.

9.4 Originele nota's

De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen drie 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 aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

9.5 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.

10 Declaraties en onderbreking van de dekking

10.1 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.

10.2 Verschuldigde bedragen

De in artikel 10.1 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.

10.3 Vordering in het algemeen

De in artikel 10.2 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.

10.4 Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt nog een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de 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 8.2 heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de 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 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 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 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 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 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 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

13.1 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.

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

15.1 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.

15.2 Looptijd

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

15.3 Einde van de verzekering

15.3.1 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de

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

15.3.1.1 Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 8.1, niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 8.2 betalingsachterstand, te beëindigen;

15.3.1.2 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.

15.3.1.3 Indien de verzekeraar een maand van tevoren aangeeft te stoppen met het voeren van de verzekering.

15.3.2 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer in navolgende gevallen:

15.3.2.1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar. De opzegging moet uiterlijk 31 december door de zorgverzekeraar zijn ontvangen;

15.3.2.2 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.

15.3.2.3 Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 14 akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 14 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;

15.3.2.4 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.

15.3.2.5 Opzegging van de verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

15.3.3 De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

15.3.3.1 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;

15.3.3.2 De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeengekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.

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 0031 (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 0031 (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.

17 Bepalingen in verband met collectiviteit

De volgende bepalingen gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

17.1 Uitdiensttreding

Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een

gelijkwaardige individuele 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 verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van de polis vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

17.2 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.

17.3 Afbreuk collectief karakter

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

17.4 Meeverzekerde kinderen op een werkgeverscollectief

Op de eerste van de maand volgend op het bereiken van de 27-jarige leeftijd dient een kind dat is meeverzekerd op een werkgeverscollectief van zijn ouder(s) zich zelfstandig te verzekeren. Dit geldt niet voor een collectiviteit via een vereniging of een tussenpersonencollectiviteit. De zorgverzekeraar benadert zes weken voor deze datum de verzekeringnemer.

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
Telefoon: 0031 (0)33 464 20 61

Afdeling Acceptatie
E-mail: zorg.polis@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Declaraties
E-mail: zorg.declaraties@amersfoortse.nl

Afdeling Medisch Advies Groep
E-mail: zorgadvies@amersfoortse.nl