



VPZ ASSURADEUREN

Postbus 2868
6401 DJ Heerlen
T 0900 - 369 88 88

www.vpz.nl
info@vpz.nl

Voorwaarden ziektekostenverzekering voor studenten 2012 (Niet ZvW)

Inhoudsopgave

	pag.		pag.
I ALGEMENE VOORWAARDEN	2	II STUDENTENVERZEKERING	10
Artikel 1 Begripsbepalingen	2	Artikel 18 Dekking	10
Artikel 2 Algemeen	4	Artikel 19 Bijzondere aanspraken	13
Artikel 3 Aanmelding	4	Artikel 20 Huisartsenhulp, preventieve behandelingen en alternatieve en bijzondere geneeswijzen	14
Artikel 4 Aanvang, duur en einde van de verzekering	5	Artikel 21 Repatriëring stoffelijk overschot volwassen verzeerde	14
Artikel 5 Verplichtingen van de verzekeringnemer	5	Artikel 22 Facultatieve aanvullende tandartsverzekering Studenten	15
Artikel 6 Vergoedingen	5	Artikel 23 Verplichting Facultatieve aanvullende tandartsverzekering Studenten	15
Artikel 7 Uitsluitingen	6	Artikel 24 Uitsluitingen	15
Artikel 8 Terrorisme	6		
Artikel 9 Uitzondering collectieve ziektelostenovereenkomst	6		
Artikel 10 Premie en eigen risico	6		
Artikel 11 Herziening van premie en/of voorwaarden	6		
Artikel 12 Kennisgeving van wijzigingen	7		
Artikel 13 Duur en voortzetting van de verzekering	7		
Artikel 14 Vrije keuze van zorgverleners	8		
Artikel 15 Klachten en geschillen	8		
Artikel 16 Slotbepaling	8		
Artikel 17 Belangrijke aanwijzingen	8		

I ALGEMENE VOORWAARDEN

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van enkele in de voorwaarden gebruikte begrippen.

Veel begrippen hebben betrekking op zorg zoals deze in Nederland wordt geleverd. Voor verzekerden woonachtig in een ander land dan Nederland geldt dat de betreffende zorgverlener moet voldoen aan de wettelijke kwalificaties zoals deze in het land van vestiging zijn gesteld.

- I.1 Ambulance**
Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalsloffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.
- I.2 Arts**
Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- I.3 Audiologisch centrum**
Een centrum dat audiologische zorg verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.
- I.4 Bijkomende kosten**
De neventarieven die door een instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.
- I.5 Dagverpleging**
Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.
- I.6 Eerstelijns psycholoog**
Een in Nederland gevestigde psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).
- I.7 Ergotherapeut**
Een in Nederland gevestigde ergotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- I.8 Fraude**
Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke gronden en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.
- I.9 Fysiotherapeut**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd in het kader van de wet BIG.
- I.10 Geneeskundig adviseur**
De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- I.11 Gezin**
Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 27 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.
- I.12 Gezondheidszorg psycholoog**
Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- I.13 Huidtherapeut**
Een in Nederland gevestigde huidtherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- I.14 Huisarts**
Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- I.15 Hulpmiddel**
Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het reglement Hulpmiddelen.
- I.16 Kaakchirurg**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- I.17 Kalenderjaar**
De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

- I.18 Klinisch genetisch centrum**
Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.
- I.19 Laboratoriumonderzoek**
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.
- I.20 Logopedist**
Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- I.21 Medische noodzaak**
De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.
- I.22 Medisch specialist**
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- I.23 Oefentherapeut**
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- I.24 Orthodontist**
Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.
- I.25 Podotherapeut**
Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- I.26 Premie**
Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering bestaat uit:
Netto premie (ziektelkostenverzekering)
Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheekundige) verzekeringen.
- I.27 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.
- I.28 Vervallen**
- I.29 Tandarts**
Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- I.30 Tandprotheticus**
Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
- I.31 Terrorismeschade**
Schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme.
- I.32 U/uw**
De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering heeft afgesloten.
- I.33 Verloskundige**
Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- I.34 Wet BIG**
De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.
- I.35 Wij/ons**
VPZ Assuradeuren B.V., gevolmachtigde van Zorgverzekeraar VGZ NV.
- I.36 Zelfstandig behandelcentrum**
Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.
- I.37 Ziekenhuis**
Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).

- 1.38 Ziekenhuisverpleging**
Opname langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.
- 1.39 Ziektekostenverzekering**
De door u bij ons gesloten privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.
- 1.40 Zorgverlener**
De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die u de medische zorg verleent die is beschreven in de begripsbepalingen. Onder zorgverlener verstaan wij ook een leverancier van hulpmiddelen en voedings- en verbandmiddelen.

Artikel 2 Algemeen

2.1 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 2.1.1** De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledige en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier en de eventueel daarnaast verstrekte gegevens.
De verzekeraar is bevoegd zonder opgave van redenen een aanvraag tot verzekering te weigeren. Door aanvaarding van de polis neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich voor de op het aanvraagformulier al dan niet persoonlijk door de verzekeringnemer gedane mededelingen;
- 2.1.2** De verzekeraar is niet gehouden enigerlei vergoeding van kosten te geven, indien de op het aanvraagformulier gestelde vragen niet, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn beantwoord dan wel opzettelijk, met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, andere gegevens zijn verzwegen waardoor de verzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld om de juiste omvang van het te verzekeren risico te beoordelen. De verzekeraar is bevoegd in gevallen als hiervoren bedoeld, zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel zonder inachtneming van een opzegtermijn te doen beëindigen;
- 2.1.3** De verzekeringnemer machtigt de verzekeraar omtrent bestaande of vroegere ziekten en gebreken alle inlichtingen in te winnen welke de verzekeraar noodzakelijk acht.
De verzekeringnemer machtigt alle hiervoor in aanmerking komende artsen en andere instanties de gevraagde inlichtingen aan de medisch adviseur te verstrekken;

2.2 BEGIN EN EINDE VAN DE VERGOEDING

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling, verpleging, onderzoek e.d. bepalend is en niet de dagtekening van de nota's.

2.3 VRIJE KEUZE

De verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, diëtist, verloskundige, kaakchirurg, orthodontist, tandarts, huisarts en arts voor alternatieve geneeswijzen.

2.4 PERSOONSREGISTRATIE

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing.

2.5 WIJZE VAN VERGOEDING

De vergoeding geschiedt aan de verzekerde tenzij tussen de verzekeraar en de hulpverlener of hulpverlenende instelling is overeengekomen dat de kosten rechtstreeks door de hulpverlener of hulpverlenende instelling bij de verzekeraar worden gedeclareerd en door de verzekeraar rechtstreeks aan de hulpverlener of hulpverlenende instelling worden betaald.

2.6 AANSPRAAK OP ZORG EN OVERIGE DIENSTEN ALS GEVOLG VAN TERRORISTISCHE HANDELINGEN

Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen zal worden gedeclareerd hoger zal zijn dan het door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

Artikel 3 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de ziektekostenverzekering.

3.1 ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

- 3.1.1** U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 3.1.2** Bij de aanvraag van een verzekering vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij voor het accepteren van de aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst.
- 3.1.3** U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering geboren of wettig geadopteerd zijn. Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee maanden na de datum van geboorte of adoptie bij ons aanmeldt. De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van de geboorte of adoptie. Bij adoptie van een buitenlands kind vindt inschrijving plaats per de datum van adoptie in het buitenland.
Benodigde documenten bij adoptie:
- Adoptie van een Nederlands kind: officieel bewijs van opnemings in het gezin of overdracht van het kind;
- Adoptie uit het buitenland: bewijs van overdracht door buitenlandse rechtbank, zo nodig met vertaling van beëdigd vertaler.

Artikel 4 Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 4.2** Bij beëindiging van het dienstverband tussen de contractant en u (verzekeringnemer) wordt aan u binnen 1 maand na beëindiging van het dienstverband de mogelijkheid geboden aansluitend een ziektekostenverzekering met ons te sluiten. U kunt zonder enige medische selectie aansluitend een individuele ziektekostenverzekering sluiten volgens de dan geldende premie en voorwaarden voor individuele verzekeringen. De mogelijkheid om aansluitend een nieuwe ziektekostenverzekering te sluiten geldt niet, wanneer er sprake is van permanente vestiging in het buitenland.

Artikel 5 Verplichtingen van de verzekeringnemer

- 5.1** De verzekeringnemer is verplicht:
- 5.1.1** aan de verzekeraar, de medisch adviseur, de tandheekkundige adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- 5.1.2** de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op (een) aansprakelijke derde(n);
- 5.1.3** de originele nota('s), die op zodanige wijze gespecificeerd dient (dienen) te zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden, binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden vergezeld van een ingevuld declaratieformulier bij de verzekeraar in te dienen; de tandartsnota dient vergezeld te zijn van een specificatie-formulier volgens het model dat is vastgesteld door de organisatie van tandartsen en particuliere verzekeraars. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
- 5.1.4** bij poliklinische specialistische behandeling (behoudens in geval van behandeling door een oogarts) een verwijzing van een huisarts of tandarts over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;
- 5.1.5** de verzekeraar onmiddellijk in te lichten en alle benodigde gegevens te verstrekken indien de verzekerde kosten mogelijk te wijten zijn aan schuld van een derde, die daarvoor civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. De verzekeringnemer noch de verzekerde zal onderhandelingen met de tegenpartij of diens verzekeraar mogen voeren met betrekking tot de schade, die door de verzekeraar is of zal worden vergoed en zal zich onthouden van alles wat tot benadeling van de belangen van de verzekeraar zou kunnen leiden. Een en ander op straffe van verval van zijn recht op vergoeding van de verzekerde kosten, zelfs al is de verzekeraar reeds tot uitkering overgegaan;

Artikel 6 Vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de uitbetaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten.

6.1 UITBETALING VAN DE VERGOEDINGEN

- 6.1.1** Wij vergoeden de kosten aan u, tenzij wij met de zorgverlener een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook via het declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener kunnen vergoeden.
- 6.1.2** Zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten, declareren de aan u verleende zorg rechtstreeks bij ons. Dit betekent dat u geen nota meer ontvangt van uw zorgverlener.
- 6.1.3** Wanneer wij door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij aan sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie inclusief het openstaande eigen risico en de eigen bijdragen. In dat geval bent u (verzekeringnemer) verplicht het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen aan ons terug te betalen. Indien mogelijk verrekenen wij het bedrag dat u aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Wanneer u (verzekeringnemer) dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente. Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw (verzekeringnemer) rekening. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen. Wanneer u dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, vergoeden wij uw medische kosten pas weer op het moment dat het volledige bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van het volledige verschuldigde bedrag zijn gemaakt.
- 6.1.4** Om het rechtstreeks declareren door zorgverleners bij ons mogelijk te maken, verstrekken wij uw zorgverlener bepaalde gegevens. Het gaat hierbij om N.A.W. (naam, adres, woonplaats)-gegevens, geboortedatum en een omschrijving van de soort verzekering, waaronder de dekking. De zorgverlener gebruikt de aan hem verstrekte gegevens voor geen ander doel dan het kunnen vaststellen bij welke zorgverzekeraar de desbetreffende nota('s) kunnen worden ingediend.

6.2 VOORWAARDEN VOOR VERGOEDING

- 6.2.1** Wij vergoeden uitsluitend kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.
- 6.2.2** Bij aangetoonde fraude vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. De reeds uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten kunnen worden teruggevorderd.
- 6.2.3** De datum waarop de zorg is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 6.2.4** U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 6.2.5** Nota's die wij (gedeeltelijk) vergoeden of verrekenen met het eigen risico blijven in ons bezit.
- 6.2.6** U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 6.2.7** Wij vergoeden de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Wanneer er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 6.2.8** Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.

6.3 VERGOEDING VAN IN HET BUITENLAND GEMAAKTE KOSTEN
Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan u in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

6.4 SAMENLOOP
Indien u - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken.

Artikel 7 Uitsluitingen

In dit artikel vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden.

7.1 Wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij.

7.2 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van doktersverklaringen.

Artikel 8 Terrorisme

De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Deze clause en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Artikel 9 Uitzondering collectieve ziektekostenovereenkomst

De inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst maakt deel uit van de verzekering. Bij strijdigheid tussen de inhoud van deze algemene voorwaarden en de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst zal de inhoud van de collectieve overeenkomst prevaleren.

Artikel 10 Premie en eigen risico

10.1 PREMIEBETALING

De premies zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Het is niet toegestaan om de premie te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

10.2 PREMIE KINDEREN

Het maximale tot het verzekerde gezin behorende aantal kinderen beneden de leeftijd van 16 jaar voor wie premie is verschuldigd, is op 2 gesteld.

10.3 SCHORSING

Indien de premie, de kosten en een, door de verzekerde aan de verzekeraar te voldoen eigen risico, niet binnen 21 dagen na de vervaldag zijn voldaan, kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een door de verzekeraar vast te stellen termijn, onder vermelding dat bij het niet betalen binnen de gestelde termijn de dekking wordt opgeschort vanaf de eerste dag dat de premie verschuldigd is. De verzekeraar is gerechtigd daarbij administratiekosten in rekening te brengen. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie, het aan de verzekeraar verschuldigde eigen risico en de kosten te voldoen.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op die, waarop de verschuldigde premie, het aan de verzekeraar verschuldigde eigen risico en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen. Voor de kosten, ontstaan in de tijd van opschorting of voor de ziektekosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich heeft geopenbaard in de tijd van opschorting, is geen vergoeding verschuldigd.

Artikel 11 Herziening van premie en/of voorwaarden

11.1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden van verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum en bloc dan wel groepsgewijs te herzien;

11.2 De verzekeringnemer die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan, behalve in geval van een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat, de verzekering per de in artikel 11.1 bedoelde datum beëindigen, mits de schriftelijke opzegging binnen 30 dagen na de datum van berichtgeving door de verzekeraar is ontvangen. De premie over de niet verstreken periode wordt dan niet gerestitueerd;

11.3 Indien de verzekeraar binnen 30 dagen na de in artikel 11.2 bedoelde datum geen schriftelijke opzegging van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet tegen de nieuwe premie en/of de nieuwe voorwaarden;

- II.4** Een premiewijziging ten gevolge van aanpassing van het kortingspercentage, dat op grond van de leeftijd van verzekerde is toegekend, alsmede een premieverlaging en/of uitbreiding van de dekking, worden niet als een herziening als bedoeld in art. 11.2 aangemerkt.

Artikel 12 Kennisgeving van wijzigingen

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mede te (doen) delen.

Zodanige wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Zorgverzekeringswet
- verhuizing;
- huwelijk;
- echtscheiding;
- samenwoning;
- geboorte;
- overlijden;
- wijziging van bank- of postbankrekeningnummer.

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

Artikel 13 Duur en voortzetting van de verzekering

13.1 AANVANG VAN DE VERZEKERING

De verzekering kan worden aangegaan door personen van 16 jaar en ouder, doch niet ouder dan 30 jaar, die volledig dagonderwijs volgen aan een universiteit, een hogeschool, een school voor MBO, een school voor HBO of een school voor VWO. Met inachtneming van het bepaalde in de voorgaande artikelen wordt de verzekering van kracht op de ingangsdatum vermeld op de polis.

Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is -ongeacht de gezondheidstoestand van het kind- de verzekering onmiddellijk van kracht, mits het kind binnen 30 dagen na de geboorte ter verzekering is aangemeld.

13.2 DUUR VAN DE VERZEKERING

De verzekering is aangegaan tot 1 september volgend op de ingangsdatum en wordt daarna stilzwijgend voor telkens 1 kalenderjaar verlengd, indien de verschuldigde premie voor de volgende betalingstermijn voor de vervaldatum is voldaan.

13.3 EINDE VAN DE VERZEKERING

De verzekering eindigt:

- 1 automatisch op 1 september volgend op de 35e verjaardag;
- 2 door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
 - a op de wijze zoals vermeld in artikel 11.2;
 - b tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden;
- 3 door overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde(n);
- 4 door schriftelijke opzegging door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip in geval van:
 - a verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 2.1.2;
 - b schorsing als bedoeld in artikel 10.3;
 - c bedrog;
 - d liquidatie van de verzekeraar;
- 5 door beëindiging van de studie, hetgeen door de verzekeringnemer schriftelijk dient te worden medegedeeld;
- 6 bij permanente vestiging van de verzekerde in het buitenland;
- 7 met ingang van de dag waarop de verzekeraar, onder overlegging van de bewijsstukken, de schriftelijke mededeling heeft ontvangen van inschrijving krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 14 Vrije keuze van zorgverleners

Alhoewel u in beginsel vrij bent in de keuze van zorgverlener, hebben wij voor bepaalde medische zorg met zorgverleners afgesproken dat alleen zij u mogen behandelen. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners. Indien dit het geval is, zullen wij dit bij de betreffende vergoeding vermelden. Desgevraagd informeren wij u over de namen en adressen van deze personen en instanties.

Artikel 15 Klachten en geschillen

15.1 HEBT U EEN KLACHT? LEG UW KLACHT VOOR AAN DE AFDELING KLACHTENMANAGEMENT.

15.1.1 U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2868, 6401 DJ Heerlen. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

15.1.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

15.2 KLACHTEN OVER ONZE FORMULIEREN

15.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 2868, 6401 DJ Heerlen.

15.2.2 U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 16 Slotbepaling

In alle gevallen waarin de voorwaarden van de afgesloten verzekering niet of niet volledig voorzien, beslist de verzekeraar.

Artikel 17 Belangrijke aanwijzingen

17.1 AFHANDELING VAN NOTA'S

Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het declaratieformulier volledig ingevuld met de nota's toe te zenden.

Na afhandeling van de nota's wordt een nieuw declaratieformulier met een afrekenstaat toegezonden.

Met het formulier kunnen niet meer dan 15 nota's tegelijk worden gezonden. Mochten er meer nota's zijn, dan kunnen deze worden ingediend na ontvangst van het nieuwe declaratieformulier.

Clearing House Apothekers

Bij nota's voor farmaceutische hulp kan men ook gebruikmaken van rechtstreekse afhandeling tussen apotheker en de verzekeraar via Clearing House Apothekers. Informeer hiernaar bij uw apotheker.

17.2 OPNEMING IN EEN ZIEKENHUIS

In geval van opname in een ziekenhuis is het noodzakelijk het meldingsformulier zo mogelijk voor, doch in ieder geval binnen drie dagen na opname in te zenden. Aan het ziekenhuis wordt een garantieverklaring toegezonden, waarna de betaling van de kosten rechtstreeks plaatsvindt.

17.3 HUISARTSENHULP

Door de huisarts moet o.a. op de nota worden vermeld:

- a de data van de consulten en/of de behandelingen;
- b aan wie de medische hulp is verleend.

17.4 ALTERNATIEVE EN BIJZONDERE GENEESWIJZEN

Door degene die deze hulp heeft verleend moet o.a. op de nota worden vermeld:

- a de data van de consulten en/of de behandelingen;
- b aan wie de medische hulp is verleend.

- 17.5 FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE**
Volgens de voorwaarden van de verzekering worden per kalenderjaar maximaal 12 behandelingen vergoed. Ingeval de behandelend arts meer behandelingen noodzakelijk acht, dient tijdig te worden verzocht om toezending van een verlengingsaanvraag. Deze verlengingsaanvraag kan dan, na invulling door de arts, ter attentie van de medische adviseur worden ingediend.
- 17.6 TANDARTSENHULP**
De specificatie van de nota van de tandarts wordt altijd op een apart formulier vermeld. Het is noodzakelijk dat zowel de nota als het bijbehorende specificatieformulier wordt ingezonden.
- 17.7 BUITENLANDSCHADE**
In geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname tijdens een verblijf in het buitenland kan op verzoek een garantieverklaring aan het ziekenhuis worden gezonden.
Op grond hiervan zal dan de betaling van de uit de verpleging voortvloeiende kosten rechtstreeks door ons worden verricht. Voor alle overige kosten van geneeskundige hulp in het buitenland geldt dat de betaling van de nota's in eerste instantie door de verzekerde zelf moet plaatsvinden.
- 17.8 INGEZONDEN NOTA'S**
Nota's waarop gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd welke, b.v. door een eventueel eigen risico aan de voet van de verzekering, in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 17.9 BIJSTAND BIJ HET VERHALEN VAN PERSOONLIJKE SCHADE**
Indien ten gevolge van een ongeval persoonlijke schade wordt geleden (bijvoorbeeld eigen risico, kleding- of inkomensschade) waarvoor een derde aansprakelijk kan worden gesteld of indien recht bestaat op smartegeld, kan door ons bij het verhalen van de schade op de aansprakelijke derde veelal hulp worden verleend. Als op het declaratieformulier wordt aangegeven dat de gedeclareerde kosten het gevolg zijn van een ongeval, zal over deze dienstverlening nadere informatie worden toegezonden. Voorwaarde voor deze dienstverlening is dat de ziektekosten die het gevolg zijn van een ongeval, zal over deze dienstverlening nadere informatie worden toegezonden. Voorwaarde voor deze dienstverlening is dat de ziektekosten die het gevolg zijn van het ongeval, voor vergoeding krachtens de verzekering in aanmerking komen.

II STUDENTENVERZEKERING

Artikel 18 Dekking

De verzekeraar vergoedt de kosten die voor haar verzekerden zijn ontstaan, ten gevolge van medisch noodzakelijke hulp wegens ziekte of ongeval, voorzover het risico in de verzekering is begrepen, overeenkomstig de hierna genoemde dekking, op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde rechtsgeldige tarief.

18.1 ZIEKENHUISVERPLEGING

18.1.1 Volledige vergoeding van de kosten van verpleging, van de kosten van klinische specialistische en/of kaakchirurgische hulp en van de bijkomende kosten, tot ten hoogste de tarieven van de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen;

18.1.2 Ingeval de moeder wegens borstvoeding in verband met verpleging van een zieke zuigeling in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verblijfkosten van de moeder gedurende maximaal 4 dagen vergoed;

18.1.3 De kosten van transplantatie van de volgende donororganen komen voor vergoeding in aanmerking: huid, hoornvlies, beenmerg, nier, lever (orthotoop) en hart, alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door de Stichting Eurotransplant Nederland. De kosten van transplantaties van andere organen (waaronder hart-longtransplantaties) worden niet vergoed. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze behandelingen erkende instelling, hiervoor wettelijk goedgekeurde tarieven zijn afgegeven en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar;

18.1.4 De verzekeringnemer is verplicht van een opname in een ziekenhuis, respectievelijk van een overschrijding van de toegestane opnemingsstermijn, zo mogelijk van tevoren, doch in ieder geval binnen 3 dagen, schriftelijk kennis te geven of te doen geven aan de verzekeraar, door middel van het daarvoor bestemde formulier, volledig ingevuld en ondertekend door de behandelend arts.

18.2 REVALIDATIE EN DAGVERPLEGING

Volledige vergoeding van:

18.2.1 de kosten van revalidatiedagbehandeling, volgens het door de specialist opgestelde behandelplan en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar;

18.2.2 hartrevalidatie;

18.2.3 de kosten van de bedverpleging en van de kosten van de daarbij behorende specialistische hulp.

18.3 NIERDIALYSE

Volledige vergoeding van de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis.

Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgelegd, indien en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren schriftelijk toestemming heeft verleend, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

18.4 POLIKLINISCHE SPECIALISTISCHE HULP

Volledige vergoeding van:

18.4.1 de kosten van specialistische hulp;

18.4.2 de bijkomende kosten;

18.4.3 de kosten van operatieve ingrepen door een plastisch chirurg, na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar op grond van een verklaring van de behandelend arts;

18.4.4 de kosten van laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;

18.4.5 de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld;

18.4.6 de kosten van audiologische hulp in een - daartoe door de bevoegde overheidsinstantie erkend- audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts of specialist.

18.5 FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Volledige vergoeding van de kosten van ten hoogste 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar, mits sprake is van behandelingen als vermeld in het Fysiotherapeuten Besluit of de Besluiten Oefentherapeuten Mensendieck/Cesar.

De kosten van de voortzetting van de behandelingen na het bereiken van het hiervoren genoemde aantal kunnen uitsluitend worden vergoed na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Op verzoek wordt een aanvraagformulier toegezonden.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen de kosten van o.a.: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

18.6 LOGOPEDISCHE BEHANDELING

Volledige vergoeding van de kosten van ten hoogste 24 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een logopedist, mits sprake is van behandelingen als vermeld in het Logopedisten Besluit.

De kosten van de voortzetting van de behandelingen na het bereiken van het hier genoemde aantal kunnen uitsluitend worden vergoed na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Op verzoek wordt een aanvraagformulier toegezonden.

18.7 BEVALLING EN KRAAMZORG

18.7.1 Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak:

- a volledige vergoeding van de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse;
- b volledige vergoeding van het honorarium van verloskundige hulp;
- c een vaste vergoeding van € 115,00 voor elke dag die minder in rekening wordt gebracht, indien de moeder het ziekenhuis verlaat voordat een periode van 8 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling, is verstreken;

18.7.2 Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraaminrichting, poliklinisch of thuis:

- a volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige hulp in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- b volledige vergoeding van de kosten van gebruik polikliniek;
- c een vaste vergoeding van € 910,00 per bevalling.

In plaats van deze € 910,00 kan worden gekozen voor kraamzorg in natura, bij een door de verzekeraar gecontracteerde kraamzorgorganisatie, die tot een maximum van 48 uur kraamzorg verleent. Dit onder aftrek van 6 uur kraamzorg voor elke medisch noodzakelijke opnamedag van de verzekerde moeder in een inrichting, te rekenen vanaf (en met inbegrip van) de dag van de bevalling. Deze kraamzorg moet tenminste vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij de verzekeraar aangevraagd worden.

18.7.3 Combinatie:

Bij een combinatie van hulp genoemd onder artikel 18.7.1 en artikel 18.7.2 vervalt de vaste vergoeding van € 910,00 genoemd onder artikel 18.7.2

18.8 TANDHEELKUNDIGE HULP

18.8.1 Kaakchirurgische behandeling:

Volledige vergoeding van de kosten van behandeling of onderzoek door een kaakchirurg, volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven;

18.8.2 Kaakorthopedische behandeling (orthodontie):

Volledige vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts indien de behandeling verband houdt met een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of palatoschisis); De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.

18.8.3 Overige kaakorthopedische behandelingen (gebitsregulatie) voor verzekerden jonger dan 21 jaar:

Volledige vergoeding van de kosten van behandeling door een orthodontist of door een tandarts. Indien de aangevragen kaakorthopedische behandeling niet eindigt voor het bereiken van de 21-jarige leeftijd, zal voor die behandeling eveneens vergoeding van kosten plaatsvinden; De kosten van vervanging of reparatie na onzorgvuldig gebruik zijn uitgesloten van vergoeding.

18.8.4 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen:

Volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het recht op deze vergoeding is vastgesteld in de uniforme regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar.

De regeling vereist behandelingen in een centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, kent een limitatieve lijst van afwijkingen waarop de vergoeding van toepassing is en stelt het vooraf schriftelijk toestemming verlenen door de verzekeraar, aan welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden verbonden;

18.8.5 Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 21 jaar:

- a Vergoeding van 75% van de kosten tot een maximum van € 342,50 per verzekerde per kalenderjaar voor behandeling door een tandarts, een dienst voor jeugd tandverzorging of een erkend centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen;
- b Indien door een geestelijke en/of lichamelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de hierboven genoemde vergoedingsregeling niet van toepassing.
Na vooraf verleende schriftelijke toestemming door de verzekeraar wordt vergoeding van kosten, in rekening gebracht door een tandarts, verleend zoals omschreven in de prestatiebeschrijvingbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit.
Het aanvraagformulier voor de toestemming wordt op verzoek door de verzekeraar verstrekt;
- c Vergoeding van 75% van de kosten tot een maximum van € 910,00 per kalenderjaar voor behandeling door een tandarts voor kroon- en brugwerk indien sprake is van een ongeval en het ongeval plaatsvindt binnen de looptijd van de verzekering, de kosten gemaakt zijn binnen een kalenderjaar na het ongeval en voorzover de verzekering nog van kracht is. Vergoeding vindt uitsluitend plaats na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar.

18.9 ZIEKENVERVOER

18.9.1 Vergoeding van de kosten van medisch geïndiceerd ziekenvervoer in Nederland, indien en voor zover de behandelend arts vervoer per openbaar vervoermiddel om medische redenen onverantwoord acht, naar en van een ziekenhuis, kraaminrichting of de plaats waar een specialist praktijk uitoefent dan wel van of naar voorziening welke geheel of gedeeltelijk ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) komen, overeenkomstig de volgende regeling:

- a volledige vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance, hulpambulance of rolstoelbus;
- b vergoeding van de kosten van vervoer per taxi, alsmede vervoer met eigen auto (€ 0,20 per km), met een eigen risico van € 45,00 per polis per kalenderjaar;

18.9.2 Geen aanspraak op vergoeding van kosten van vervoer kan worden gemaakt bij verblijf in een ziekenhuis voorzover dat kan worden geacht ononderbroken voort te duren.

18.10 HULPMIDDELEN

18.10.1 Vergoeding van de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, voorgeschreven door de behandelend arts, overeenkomstig de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling Hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze voorwaarden en is op aanvraag bij verzekeraar verkrijgbaar.

Hierbij gaat het onder andere om de hieronder genoemde hulpmiddelen:

In eigendom:

- prothesen;
- orthesen;
- gezichtshulpmiddelen;
- gehoorhulpmiddelen;
- verzorgingsmiddelen;
- pessaria;
- hulpmiddelen voor mobiliteit (gedeeltelijk in bruikleen)
- pruiken;
- injectiespuiten;
- elastische kousen;
- hulpmiddelen bij diabetes (gedeeltelijk in bruikleen);
- apparatuur voor positieve uitademingsdruk;
- draagbare uitwendige infuuspompen (gedeeltelijk in bruikleen);
- schoenvoorzieningen;
- hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (gedeeltelijk in bruikleen);
- inrichtingselementen van de woning (gedeeltelijk in bruikleen);

In bruikleen:

- zuurstofapparatuur dan wel zuurstofconcentrator met toebehoren;
- longvibrator;
- vernevelaar met toebehoren;
- tv-loupe;
- uitwendig elektrostimulator tegen chronische pijn met toebehoren;
- solo-apparatuur met toebehoren;
- tactiel-leesapparatuur;

18.10.2 Vergoeding tot een maximum van in totaal € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar, van de eigen bijdrage die de verzekerde verschuldigd is boven de krachtens de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland verleende gemaximeerde vergoeding van hulpmiddelen;

18.10.3 De hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar;

18.10.4 Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf dan wel bruikleen bestaat uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;

18.10.5 De kosten van normaal gebruik en onderhoud van hulpmiddelen zijn uitgesloten van vergoeding;

18.10.6 Vergoeding van de huurkosten van de hierna genoemde hulpmiddelen (in eenvoudige uitvoering) verstrekt door de kruisorganisatie, nadat de uitleentermijn van de kruisvereniging is verstrekt. De termijn waarover vergoeding plaatsvindt, is gemaximeerd tot 6 maanden per hulpmiddel.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en voorzover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek tevoren schriftelijke toestemming heeft verleend, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Nadere voorwaarde is in ieder geval dat met betrekking tot de te verlenen vergoeding door de verzekeraar aansluiting wordt gezocht bij de tarieven zoals vastgesteld door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

Het betreft de volgende hulpmiddelen:

- hoog ledikant; - flotationpad;
- mechanisch hoog-laagbed; - astronautenkussen;
- elektrisch hoog-laagbed; - watermatras;
- papegaai vast aan bed; - luchtmatras;
- papegaai op standaard; - vezelmatras;
- onrusthekken; - matras;
- elektrische bedcarrier; - infuusstandaard;
- hydraulische bedcarrier; - uitzuigapparatuur.
- gelkussen;

18.II FARMACEUTISCHE HULP

18.II.1 Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, die op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige is geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts;

De Regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar;

18.II.2 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde 'Geneesmiddelenvergoedingssysteem' (GVS) van toepassing verklaard. De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de krachtens het GVS gemaximeerde vergoeding wordt volledig vergoed;

18.II.3 Farmaceutische hulp die niet overeenkomstig de in artikel 18.11.1 genoemde regeling Farmaceutische Hulp is verleend, doch die geneesmiddelen betreft die volgens Vektis geleverd mogen worden en die op voorschrift van een in Nederland gevestigde arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts wordt vergoed tot een maximum van € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar;

18.II.4 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed indien en voorzover daarvoor vooraf door de verzekeraar toestemming is verleend. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis;

- 18.II.5** Niet voor vergoeding in aanmerking komen:
- vaccinaties;
 - versterkende middelen, voedings- en vermageringsmiddelen;
 - tonica, medicinale wijnen en/of traanprodukten;
 - zepen, shampoo, badoliën, lotions en/of haargroeimiddelen;
 - laxemiddelen;
 - een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel-gaas ter zake van verloskundige hulp;
 - verbandmiddelen, tenzij er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
 - middelen die voor andere indicaties worden toegepast dan waarvoor WOG registratie is afgegeven;
 - middelen die niet voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische produkten;
 - nicotinepleisters en/of nicotinekauwgom.

Artikel 19 Bijzondere aanspraken

19.1 BUITENLAND

- 19.1.1** Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstzaken of studiedoeleinden tot ten hoogste 200% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd;
- 19.1.2** In geval van ziekenhuisverpleging worden maximaal 365 verpleegdagen vergoed, tot ten hoogste tweemaal het bedrag van de kosten van een soortgelijke behandeling in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein;
- 19.1.3** In geval van een acute ziekenhuisopneming in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de VPZ Alarmcentrale, dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer + 31 592 - 390 469
- 19.1.4** Volledige vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- 19.1.5** Vergoeding van de kosten van repatriëring per ambulance en/of per vliegtuig, alsmede van de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding, indien hiervoor medische noodzaak aanwezig is tot ten hoogste € 6.810,00 per gebeurtenis. Ter beoordeling van de medische noodzaak dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de verzekeraar of VPZ Alarmcentrale als bedoeld in artikel 19.1.3. Onder repatriëring wordt verstaan: het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in artikel 19.1.1;
- 19.1.6** De kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen en fertiliteitsbevorderende behandelingen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- 19.1.7** Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in het buitenland;
- 19.1.8** Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking nota's die zijn gesteld in de Nederlandse, Franse, Duitse, Engelse of Spaanse taal. De vergoeding geschiedt in Nederland op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van behandeling, in Nederlands wettig betaalmiddel.

19.2 STERILISATIE EN ABORTUS

Volledige vergoeding van de kosten van sterilisatie en abortus door een specialist in een ziekenhuis

19.3 LEUKEMIE BIJ KINDEREN

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

19.4 DONORKOSTEN BIJ ORGAANTRANSPLANTATIES

Volledige vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd. Tevens worden vergoed de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de desbetreffende orgaantransplantatie.

19.5 FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

- 19.5.1** Volledige vergoeding van de kosten van operatieve ingrepen en van kunstmatige inseminatie;
- 19.5.2** Een tegemoetkoming in de kosten van in vitro fertilisatie-behandelingen. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend in geval sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie en als de behandeling plaatsvindt in een daarvoor aangewezen ziekenhuis na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Nadere voorwaarden zijn in ieder geval dat:
- a maximaal drie pogingen per behandelend vrouwelijke verzekerde voor vergoeding in aanmerking komen;
 - b per poging een eigen bijdrage (niet zijnde eigen risico) geldt van € 363,00.

19.6 DIËTISTISCHE VOEDINGSADVIEZEN

Volledige vergoeding van de kosten van voedingsadviezen door een diëtist na schriftelijke verwijzing door de huisarts of de behandelende specialist.

19.7 ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Volledige vergoeding van de kosten van onderzoek, advies en begeleiding in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar.

19.8 GROEPSTHERAPIE VOOR REUMAPATIËNTEN

Vergoeding voor leden van de reumapatiëntenvereniging tot een maximum van € 137,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van groepstherapie onder leiding van een fysiotherapeut.

- 19.9** NACHTELIJK VERBLIJF IN EEN ONCOLOGISCH ZIEKENHUIS
Vergoeding van de kosten van nachtelijk verblijf tot een maximum van € 35,00 per nacht per verzekerde in aansluiting aan een poliklinische behandeling voor bestraling c.q. behandeling met cytostatica in Daniël den Hoed kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis.
- 19.10** CPAP/BPAP-APPARATUUR
19.10.1 Vergoeding van de kosten tot een maximum van € 2.270,00 per verzekerde per kalenderjaar voor CPAP-apparatuur;
19.10.2 Vergoeding van de kosten tot een maximum van € 4.538,00 per verzekerde per kalenderjaar voor BPAP-apparatuur;
19.10.3 Vergoeding vindt alleen plaats na voorafgaande schriftelijke toestemming.
- 19.11** ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM (PRIVÉ-KLINIEKEN)
Vergoeding van de (bijkomende) kosten op basis van het door of namens de verzekeraar met de zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek) overeengekomen tarief voor de gecontracteerde verrichtingen die in dagbehandeling in een zelfstandig behandelcentrum (privé-kliniek) plaatsvinden.

Artikel 20 Huisartsenhulp, preventieve behandelingen en alternatieve en bijzondere geneeswijzen

- 20.1** HUISARTSENHULP
Volledige vergoeding van de kosten van huisartsenhulp.
Onder huisartsenhulp wordt verstaan consulten op het spreekuur van een huisarts, zowel als visites van een huisarts ten huize van de verzekerde.
Niet voor vergoeding in aanmerking komen visites van een huisarts, gemaakt in een ziekenhuis.

Kosten ontstaan door keuringen en andere niet strikt medisch noodzakelijke gevallen, worden evenmin vergoed.
- 20.2** PREVENTIEVE BEHANDELINGEN
Tevens worden vergoed de kosten van de volgende preventieve behandelingen:
a elektrocardiogrammen (E.C.G.'s) (maximaal eenmaal per verzekerde per kalenderjaar) tot een maximum van twee maal het COTG tarief voor het consult van een huisarts;
b baarmoederhalsonderzoek (uitstrijkje) tot een maximum van € 9,25 per verzekerde;
c borstkankeronderzoeken.
- 20.3** ALTERNATIEVE EN BIJZONDERE GENEESWIJZEN
Vergoeding van de kosten van ten hoogste 20 consulten en/of behandelingen, tot maximaal € 28,00 per consult of behandeling, per verzekerde per kalenderjaar van:
1 natuurgeneeskundige consulten en/of behandelingen door een arts die praktizeert als natuurarts of
2 homeopathische consulten en/of behandelingen door een arts die praktizeert als homeopatisch arts of
3 antroposofische consulten en/of behandelingen door een arts die praktizeert als antroposofische arts of
4 consulten en/of acupunctuurbehandelingen door een arts-acupuncturist of door een lid van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur of
5 consulten en/of behandelingen door een arts die behandelt volgens de Moerman- therapie of
6 consulten en/of enzymtherapeutische behandelingen door een arts die praktizeert als enzymtherapeut of
7 consulten en/of flebologische/proctologische behandelingen door een arts die als fleboloog/proctoloog werkzaam is of
8 consulten en/of manueel therapeutische behandelingen door een arts voor manuele therapie of een manueel therapeut of
9 consulten en/of behandelingen door een arts voor orthomanele therapie of orthopedische geneeskunde of
10 consulten en/of chiropractische behandelingen door een chiropractor die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie of
11 consulten en/of podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut, met uitzondering van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen of
12 psoriasisbehandelingen in een voor deze behandeling erkend centrum;
13 volledige vergoeding van de kosten van euritmitherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts.

Artikel 21 Repatriëring stoffelijk overschot volwassen verzekerde

- 21.1** DEKKING
Een maximale vergoeding van € 6.810,00 ten behoeve van de repatriëring van het stoffelijk overschot naar het land van herkomst van een op polis verzekerde volwassene, indien het overlijden als gevolg van een ziekte of een ongeval in Nederland heeft plaatsgevonden.
- 21.2** BEGUNSTIGING
21.2.1 Tenzij anders op het polisblad is vermeld, zijn de bij deze verzekering aangewezen begunstigden:
- de verzekeringnemer;
- de erfgenamen van de verzekerde
- 21.2.2** Geen aanwijzing, wijziging of aanvaarding van de begunstiging, noch enigerlei rechtshandeling met een derde ten aanzien van de verzekering kan - ongeacht de rechtsgeldigheid - aan de maatschappij worden tegengeworpen zolang de verzekeringnemer het voornemen daartoe niet schriftelijk bij de maatschappij heeft kenbaar gemaakt.

21.3 UITSLUITINGEN

21.3.1 Er bestaat geen recht op uitkering in geval van overlijden:

- 1 door zelfdoding of als gevolg van een poging daartoe;
- 2 tijdens of ten gevolge van vreemde krijgs- of gewapende dienst;
- 3 tijdens of ten gevolge van of in verband met zijn deelnemen aan een vlucht met een luchtvaartuig.

21.3.2 Door de begunstigde kunnen aan deze verzekeringsovereenkomst geen rechten worden ontleend, indien de begunstigde de verwezenlijking van het risico opzettelijk teweeg heeft gebracht.

21.3.3 Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden een gevolg is van ziekten of afwijkingen die voor of bij het aanvragen van de verzekering bestonden of klachten veroorzaakten en waarvan de verzekeringnemer of de verzekerde op dat tijdstip kennis droeg zonder hiervan mededeling te doen op het aanvraagformulier, tenzij anders werd overeengekomen. Het hiervoren bepaalde is niet van toepassing indien de verzekeraar van die ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk in kennis is gesteld en bij aanvaarding van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;

21.3.4 Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden een gevolg is van ziekten of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten;

21.3.5 Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden een gevolg is van of verband houden met atoomkernreacties (tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde), onlusten, oproer, burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden;

21.3.6 Er bestaat geen recht op uitkering ingeval het overlijden is ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten- een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege, subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;

Artikel 22 Facultatieve aanvullende tandartsverzekering Studenten

22.1 DEKKING

De verzekeraar vergoedt voor verzekerden van 21 jaar en ouder 75% van het door een in Nederland gevestigde tandarts in rekening gebrachte honorarium en de eventueel daarnaast berekende techniekkosten, op basis van het door of namens verzekeraar overeengekomen tarief.

Vergoed worden de volgende prestatiebeschrijvingen:

- Consultatie en diagnostiek
- Wortelkanaalbehandelingen (endodontologie)
- Chirurgie
- Preventieve mondzorg
- Kronen en bruggen
- Vullingen

22.2 EXTRA DEKKING BIJ ONGEVAL

Naast de hiervoren genoemde dekking zijn verzekerd de tandarts- en techniekkosten, inclusief eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen, mits de noodzaak hiertoe het gevolg is van een ongeval, een en ander tot een maximumbedrag van € 681,00 per verzekerde, tot 1 kalenderjaar na de datum waarop het ongeval plaatsvond en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de verzekeraar.

Artikel 23 Verplichting Facultatieve aanvullende tandartsverzekering Studenten

23.1 De verzekerde is verplicht elk halfjaar een gebitscontrole te laten uitvoeren;

23.2 Bij het niet nakomen van de in artikel 23.1 genoemde verplichting behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

Artikel 24 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

24.1 ingeval de kosten een gevolg zijn van ziekten of afwijkingen die voor of bij het aanvragen van de verzekering, van een uitbreiding van de verzekering of van een verhoging van de verzekerde klasse bestonden of klachten veroorzaakten en waarvan de verzekeringnemer of de verzekerde op dat tijdstip kennis droeg zonder hiervan mededeling te doen op het aanvraagformulier, tenzij anders werd overeengekomen. Het hiervoren bepaalde is niet van toepassing indien de verzekeraar van die ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk in kennis is gesteld en bij aanvaarding van de verzekering, uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse geen bijzondere voorwaarden heeft bedongen;

24.2 ingeval de kosten een gevolg zijn van ziekten of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten;

24.3 voor tandheelkundige implantaten en behandelingen die verband houden met of voorafgaan aan het plaatsen van implantaten en inwendige elektrostimulators, alsmede voor de kosten van het inbrengen hiervan;

24.4 ingeval de kosten verband houden met andere dan de in artikel 19.5 bedoelde fertiliteitsbevorderende behandelingen, het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie, chelatie- en celtherapie, psycho-analyse of hulp verleend door een psycholoog en/of psychotherapeut;

- 24.5** ingeval de kosten zijn ontstaan door onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar-specialist, tenzij en voor zover de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek vooraf hiertoe schriftelijk toestemming heeft gegeven.
Indien de verzekeraar geen toestemming heeft gegeven tot onderzoek en/of behandeling door de hoogleraar-specialist, bestaat er slechts aanspraak op vergoeding tot maximaal de kosten van onderzoek en/of behandeling door een specialist/niet-hoogleraar;
- 24.6** ingeval de kosten betrekking hebben op vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of lichamelijke ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 24.7** ingeval de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;
- 24.8** ingeval de kosten een gevolg zijn van of verband houden met atoomkernreacties (tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde), onlusten, oproer, burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden;
- 24.9** ingeval de kosten zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten- een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege, subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan;
- 24.I0** ingeval de verzekerde wegens wangedrag de inrichting bij een vorige verpleging heeft moeten verlaten of de inrichting tegen het advies van de behandelend geneesheer heeft verlaten en daarna voor dezelfde ziekte opnieuw moet worden opgenomen;
- 24.II** in geval van het door de verzekeringnemer, de verzekerde en/of een derde opzettelijk verstrekken van onjuiste gegevens.