

Verzekeringsvoorwaarden 2022
AV Young, Bril abonnement,
AV Ongeval



VRIELING
zorgverzekering

T 0523 - 282722
zorgverzekering@vrieling.nl
www.vrielingzorgverzekering.nl

Belangrijke informatie en service

Heeft u vragen of wilt u iets aan ons doorgeven? We helpen u graag!

Contact

U kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail of per post. Op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur kunt u contact opnemen met één van onze adviseurs. Het telefoonnummer is 0523 - 282722.

Nota's insturen

Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze digitaal declareren via Mijn Vrielingzorgverzekering. U logt veilig en simpel in via iDIN. Om iDIN te kunnen gebruiken, moet u dit eerst eenmalig activeren. Ook kunt u via Mijn Vrielingzorgverzekering gemakkelijk zelf uw persoonsgegevens aanpassen, zorgkosten inzien of uw pakketten wijzigen.

U kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar onderstaand postadres. Het declaratieformulier is te vinden op onze website.

Postadres

Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Bezoekadres

Langewijk 47
7701 AB Dedemsvaart

Toestemming nodig?

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. U stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar het bovenstaande adres ter attentie van Medisch Advies.

Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Klachten

Wij proberen u, als klant van Vrieling, met alles zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dus bent u niet tevreden over een beslissing die wij hebben genomen over onze service of de service van één van uw zorgverleners? Dan horen wij dat graag. Kijk voor meer informatie rondom klachten en geschillen op [pagina 14](#).

Zoek een zorgverlener

Zorgverleners hebben afspraken met zorgverzekeraars. Wij noemen dat 'gecontracteerde zorgverleners'. Er zijn contracten met hen afgesloten waarin bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit van zorg. In de zorgzoeker vindt u de zorgverleners waarmee afspraken zijn gemaakt. De zorgzoeker vindt u [hier](#).



Inhoudsopgave

| | pag. | | pag. |
|--|----------|---|-----------|
| Begripsomschrijvingen | 4 | AV Young | 15 |
| Algemene voorwaarden | 8 | Artikel 1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck | 15 |
| Artikel 1 Verzekerde zorg | 8 | Artikel 2 Spoedeisende zorg in het buitenland | 16 |
| Artikel 2 Algemene bepalingen | 10 | Artikel 3 Repatriëring | 16 |
| Artikel 3 Betalingen | 12 | Artikel 4 Anticonceptiva vanaf 21 jaar | 17 |
| Artikel 4 Overige verplichtingen | 13 | Bril abonnement | 17 |
| Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden | 13 | Artikel 1 Bril met enkel focale glazen | 17 |
| Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering | 13 | Artikel 2 Online oogmeting | 17 |
| Artikel 7 Klachten en geschillen | 14 | AV Ongeval | 18 |
| Artikel 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling | 15 | Artikel 1 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval 18 jaar en ouder | 18 |
| | | Artikel 2 Ongevallendeckking in geval van blijvende invaliditeit of overlijden | 18 |

Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering(en)

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

Aevitae

De gevolmachtigd agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake uitvoering van zorgverzekeringen.

Apotheek

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

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

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.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Basisverzekering / Zorgverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor Bijzondere Tandheekunde

Een universitair of daarmee door verzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheekkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Collectieve overeenkomst

Een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen Aevitae en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering via Aevitae en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut

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

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

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door verzekeraar vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg.

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit.

Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gezin

Één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Instelling

- 1 een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- 2 een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

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

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Seksuologisch hulpverlener

Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.

Sportkeuring

Dit betreft door de sportbond verplicht gestelde sportkeuringen voor beoefening van de betreffende sport of door de opleiding verplichte sportkeuring voor toelating tot (sport)opleiding.

Sportmedisch onderzoek

Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat, het cardiovasculair systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven. Er ligt geen zorgvraag aan ten grondslag.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Toestemming (machtiging)

Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens ons of verzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering met ons is aangegaan.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

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

Verzekeraar

De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Aevitae.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorghotel

Een door verzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Op uw zorgpolis staat vermeld welke maatschappij dit betreft.

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

De bepalingen van de collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze verzekeringsvoorwaarden. Indien deze bepalingen niet langer van toepassing zijn op de verzekerde, worden de bepalingen van de individuele overeenkomst weer van toepassing.

1.2 Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)- methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders en van de tarieven die wij vergoeden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruikmaakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u geen vergoeding of een lagere vergoeding ontvangt. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden of bij ons opvragen.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Wanneer u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze online indienen via Mijn Vrielingzorgverzekering.

Ook kunt u een declaratieformulier invullen en dit samen met de originele nota naar ons opsturen. Een kopie of aanmaning nemen wij niet in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat wij er zonder verdere navraag uit op kunnen maken tot welke vergoeding wij zijn gehouden. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Buitenlandse nota's dienen, voorzien van uitgebreide specificatie, in het Engels, Spaans, Frans of Duits te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, dan kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

1.6 Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.7 Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden.

Als een verwijzing of voorschrift nodig is, dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts. Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf voorafgaand aan de zorg bij ons toestemming aanvragen.

1.9 Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnosebehandelcombinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is geAanvullend 2 binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg:

- 1.10.1 die verband houdt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan Aevitae. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
 - 1.10.2 van schriftelijke verklaringen, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
 - 1.10.3 die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
 - 1.10.4 die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
 - 1.10.5 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), indien de verzekerde voor deze wet verzekerd is;
 - 1.10.6 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij Aevitae niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
 - 1.10.7 waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet bent;
 - 1.10.8 veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij;
 - 1.10.9 veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor 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, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is;
 - 1.10.10 of vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Aevitae.
- 1.11 Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**
 Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Artikel 2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2 Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde aanvullende verzekering(en).

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering.

Als u op grond van de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en Aevitae een werknemers gerelateerde aanvullende verzekering hebt, dan gaat de vergoeding uit het werknemers gerelateerde pakket voor. U hebt in dat geval geen recht op (de vergoeding van de kosten van) deze zorg op grond van deze aanvullende verzekering.

2.3 Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;

- het Clausuleblad terrorismedekking;
 - overzicht gecontracteerde zorgaanbieders.
- Deze documenten kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

2.4 Fraude

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

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen dan bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar laten registreren. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en wordt beheerd door de zorgverzekeraar.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger laten registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

De zorgverzekeraar kan van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering en binnen Aevitae of de zorgverzekeraar lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen Aevitae of de zorgverzekeraar.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg) verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en ons privacy statement. U vindt ons privacy statement op onze website.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

2.6 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres worden geacht u te hebben bereikt. Wij hanteren altijd het in de Gemeentelijke Basisadministratie geregistreerde adres.

2.7 **Bedenkperiode**

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van veertien dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen veertien dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen veertien dagen nadat u de zorgpolis hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.8 **Nederlands recht**

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 **Betalingen**

3.1 **Verschuldigheid van premie**

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2 **Premiekorting bij collectieve overeenkomst**

3.2.1 De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3 U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3 **Betaling van premie, (wettelijk) eigen risico, wettelijke bijdragen en kosten**

3.3.1 U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.3.2 Voor betaling per acceptgiro brengen wij € 1,50 per acceptgiro in rekening.

3.3.3 U kunt ons toestemming verlenen voor automatische incasso voor de betaling van premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Voor het verlenen van toestemming voor automatische incasso van de premie enerzijds en van het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten anderzijds zijn twee aparte machtigingen benodigd.

3.3.4 Indien u Aevitae B.V. heeft gemachtigd eventuele eigen risico of andere bedragen via automatische incasso van uw rekening af te schrijven, ontvangt u (verzekeringnemer) van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen enkele dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

3.4 **Verrekening**

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5 **Niet-tijdig betalen**

3.5.1 Wanneer u de premie, het (wettelijk) eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Betaalt u niet binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, dan kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervalddag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen.

3.5.2 Bij niet-tijdige betaling hebben wij tevens het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. De beëindigde aanvullende verzekeringen kunnen hervat worden zodra u de volledige premieachterstand heeft voldaan. Hiertoe dient u zelf, binnen één maand na betaling, een schriftelijk verzoek bij ons in te dienen. De dekking van de aanvullende verzekeringen gaat dan weer in vanaf de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop wij van u de betaling hebben ontvangen. Indien uw verzoek de termijn van één maand na betaling overschrijdt, is de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen 1 januari van het volgende kalenderjaar. De aanvullende verzekeringen worden niet automatisch hervat als u hiervoor geen verzoek indient.

3.5.3 Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.5.4 Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.5 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.5.6 Als wij de aanvullende verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, verhuizing, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen hierdoor worden geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2 Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u de verzekeringsovereenkomst tot één maand nadat de wijziging aan u is medegedeeld opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsovereenkomsten rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1 Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering bij ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, dan geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering

6.2.1 Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering sluiten als aanvulling op uw basisverzekering bij ons. Voor de aanvullende verzekering kan een medische selectie van toepassing zijn. Bovendien kan er een leeftijdsgrens van toepassing zijn. Een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering kan van toepassing zijn bij onderstaande omstandigheden:

- U heeft voor hetzelfde verzekeringsjaar geen basisverzekering bij ons gesloten en/of;
- De verzekeraar van uw aanvullende verzekering is een ander dan de verzekeraar van uw basisverzekering bij ons.

6.2.2 Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan, kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten.

Kinderen jonger dan 18 jaar kunnen niet uitgebreider verzekerd zijn dan de hoogst verzekerde volwassene op de overeenkomst.

6.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. is van toepassing. De verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3 Einde van rechtswege

6.3.1 De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of over andere feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt omdat wij stoppen met het aanbieden van deze aanvullende verzekering, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt, hiervan op de hoogte.

6.4 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1 Jaarlijks

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2 Tussentijds

De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering die u bij ons heeft afgesloten.

6.4.3 U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5 Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledig of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7 Klachten en geschillen

7.1 Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Kwaliteitsverbetering.

7.1.1 U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering 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 Kwaliteitsverbetering, Postbus 444, 7770 AK Hardenberg. Dit kan telefonisch via telefoonnummer 0523 - 282726 of per e-mail aan kwaliteitsverbetering@vrieling.nl. De afdeling Kwaliteitsverbetering handelt namens de directie.

7.1.2 U ontvangt van ons binnen 15 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 15 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. In plaats van naar de SKGZ te gaan, kunt u uw klacht ook voorleggen aan de arbiter voor financiële diensten in Malta (Office of the Arbiter for Financial Services, 1st Floor, St Calcedonius Square, Floriana FRN 1530, Malta, telefoonnummer +356 8007 2366 of +356 21 249 245, e-mail complaint.info@financialarbiter.org.mt). Wij wijzen u erop dat de arbiter in Malta enkel zaken in behandeling neemt, als u een definitieve beslissing van ons op uw klacht heeft ontvangen. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2 Klachten over onze formulieren

- 7.2.1 Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Kwaliteitsverbetering, Postbus 444, 7770 AK Hardenberg. Dit kan ook telefonisch via 0523 - 282726 of per e-mail aan kwalitytsverbetering@vrieling.nl.
- 7.2.2 U ontvangt van ons binnen 15 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 15 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 8 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

AV Young

Artikel 1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van 6 behandelingen door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck per kalenderjaar. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 2 Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - kinderfysiotherapie
 - bekkenfysiotherapie
 - manuele therapie
 - oedeemtherapie
 - geriatrische fysiotherapie
 - psychosomatische fysiotherapie
 - kinderoefentherapie
 - psychosomatische oefentherapieWilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.aevitae.com of neem contact met ons op.
- 3 Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op één dag nodig?

Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met de gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck).

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b. zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d. verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;
- e. een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'.

Artikel 2 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden 100% van de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland in aanvulling op de vergoeding uit de basisverzekering. Het moet gaan om zorg die u bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- a. behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- b. ziekenhuisverblijf en operatie;
- c. behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- d. medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- e. tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder die verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op de achterkant van uw zorgpas.

Artikel 3 Repatriëring

Wij vergoeden 100% van de kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte medisch noodzakelijke kosten van begeleiding vanuit het buitenland naar een ziekenhuis in Nederland.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten voor een eventuele vervroegde terugreis van medereizigers.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na goedkeuring vooraf via de Alarmcentrale. Het telefoonnummer van de alarmcentrale kunt u vinden op de achterkant van uw zorgpas.

Nota's uit het buitenland

- De nota's dienen in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.
- Als u zorgkosten maakt in een land waar de euro niet geldig is, dan ontvangt u een nota in de geldende valuta. Bij het omrekenen van het notabedrag hanteren wij de bepalingen uit de polisvoorwaarden van uw basisverzekering.

Artikel 4 Anticonceptiva vanaf 21 jaar

Wij vergoeden € 200,- per kalenderjaar aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder voor de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
2. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
3. Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.
4. Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een apotheek.

4 Bril abonnement

Artikel 1 Bril met enkel focale glazen

Wij vergoeden eenmaal per kalenderjaar de kosten van één bril met enkel focale glazen met:

- spherische dioptriën tussen -10 en +10; of
- cilindrische dioptriën tussen -6 en +6; met
- dungslepen glazen en/of een blue light filter (optioneel).

Voorwaarden voor vergoeding

De bril wordt online besteld via Charlie Temple op www.charlietemple.com.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. brillen met multifocale glazen;
- b. contactlenzen.

Artikel 2 Online oogmeting

Wij vergoeden de kosten van één online oogmeting per kalenderjaar via easee op www.easee.online.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent tussen de 18 en 45 jaar oud;
- U bent reeds in het bezit van een eerder afgegeven brilrecept voor enkel focale glazen met
 - spherische dioptriën tussen -10 en +10; of
 - cilindrische dioptriën tussen -6 en +6;
- U heeft geen medische aandoening, zoals diabetes, een neurologische aandoening, of een oogaandoening.
- U bent niet zwanger of borstvoeding gevend.

5 AV Ongeval

Artikel 1 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval 18 jaar en ouder

Wij vergoeden maximaal € 10.000,- per ongeval aan verzekerden van 18 jaar en ouder voor tandheelkundige zorg door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
3. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a. ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c. het gebruik van alcohol en/of verdoovende middelen door verzekerde;
- d. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Artikel 2 Ongevallendeckking in geval van blijvende invaliditeit of overlijden

Wij vergoeden:

- maximaal € 25.000,- in geval van blijvende invaliditeit;
- maximaal € 12.500,- in geval van overlijden.

Op de bovenstaande uitkeringen zijn de volgende voorwaarden van toepassing:

2.1 Begripsomschrijvingen

2.1.1 Polisblad

Onder het polisblad wordt verstaan het blad met de gegevens en de nadere bepalingen omtrent de voorwaarden van de verzekering.

2.1.2 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan en die als zodanig op het polisblad staat vermeld.

2.1.3 Verzekerde

Degene op wiens leven of gezondheid de verzekering is gesloten en die als zodanig op het polisblad wordt genoemd.

2.1.4 Begunstigde

Degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn.

2.1.5 Verzekeraar

Aevitae B.V. als gevolmachtigde van de verzekeraar die op het polisblad staat vermeld.

2.1.6 Gebeurtenis

Een voorval of een reeks met elkaar verband houdende voorvallen waarvan het plaatshebben bij het aangaan van de verzekering nog onzeker is en die schade in de zin van de verzekering veroorzaakt. Alle voorvallen van een reeks worden geacht te zijn ontstaan op het tijdstip waarop het eerste voorval is ontstaan.

2.1.7 Ongeval

Een plotselinge, ongewilde, van buiten komende, onmiddellijke gewelddadige inwerking op het lichaam van de verzekerde, welke rechtstreeks en uitsluitend oorzaak is van objectief geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat rechtstreeks de dood of de blijvende invaliditeit tot gevolg heeft.

2.1.8 Uitbreidingen

Met een ongeval worden gelijkgesteld:

- a verbranding, bevrozing, blikseminslag, elektrische ontlading, zonnesteek;
- b verdrinking, verstikking, binnenkrijgen van ziektekiemen door onvrijwillige val in water of in enige andere vloeibare of vaste stof;
- c niet-bacteriële vergiftiging (niet zijnde virussen) voor zover niet toe te schrijven aan alcohol, verdovende, opwekkende, slaap- en geneesmiddelen, waaronder soft-en harddrugs;
- d uitputting, verhongering of verdorsting als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
- e wondinfectie en bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdend met een ongeval;
- f miltvuur (antrax), ringvuur (trichofytie), ziekte van Bang (brucellose), sarcoptes-schurft, koepokken (vaccinia);
- g verergering of complicaties van ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste-hulpverlening of medische behandeling van ongevalsletsels;
- h acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen /dampen van vaste of vloeibare stoffen (niet zijnde virussen of bacteriële ziektekiemen).

2.1.9 Blijvende invaliditeit

Een blijvend geheel of gedeeltelijk verlies of functieverlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde.

2.2 Verwerking persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdienstenadministratie.

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is privacywetgeving van toepassing, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars en ons privacy statement. U vindt ons privacy statement op onze website.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

2.3 Kennisgeving

2.3.1 Kennisgevingen van de verzekeraar aan de verzekeringnemer kunnen worden gedaan aan het laatste bij de verzekeraar bekende adres, of aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling de verzekering loopt. De verzekeringnemer kan zich er niet op beroepen dat de kennisgevingen hem zelf nimmer hebben bereikt.

2.3.2 Kennisgevingen door de verzekerde aan de verzekeraar kunnen schriftelijk worden gedaan aan het adres van de verzekeraar of aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling de verzekering loopt. De verzekeringnemer blijft verantwoordelijk voor de correcte ontvangst van kennisgevingen door de verzekeraar. Kennisgevingen dienen derhalve bij voorkeur per aangetekende post te worden toegezonden.

2.4 Duur en einde van de verzekering

2.4.1 De verzekeraar kan de verzekering beëindigen door schriftelijke opzegging aan de verzekeringnemer:

- a met inachtneming van een opzegtermijn van één maand indien:
 - de verzekeraar de verzekering op de contractvervaldatum niet wil verlengen
- b met inachtneming van een opzegtermijn van één maand, indien:
 - de verzekerde de voor hem uit de verzekering voortvloeiende verplichtingen niet of niet ten volle nakomt;
- c direct, indien:
 - in geval van schade de verzekerde opzettelijk een onvolledige of onjuiste opgave doet;

2.4.2 De verzekering eindigt automatisch dertig dagen nadat de verzekeringnemer in staat van faillissement verkeert of surséance van betaling heeft verkregen, tenzij de verzekeraar en de verzekeringnemer een afwijkende regeling zijn overeengekomen.

2.4.3 De verzekering eindigt automatisch bij beëindiging van de onlosmakelijk verbonden aanvullende zorgverzekering zoals vermeld op het polisblad.

2.4.4 De verzekering eindigt automatisch op 1 januari volgende op de dag waarop de verzekerde de leeftijd van tachtig jaar heeft bereikt.

2.5 Omschrijving van de dekking

2.5.1 Verzekeringsgebied

De verzekering is van kracht in de gehele wereld.

2.5.2 Ingeval van overlijden

- a Verzekerd bedrag
De verzekering geeft dekking tot het verzekerde bedrag ad € 12.500,00 wegens overlijden indien verzekerde als rechtstreeks gevolg van een binnen de geldigheidsduur van de verzekering overkomen ongeval binnen drie jaar na het ongeval overlijdt.
- b Voorafgaande uitkering
Indien voor de verzekerde voor hetzelfde ongeval reeds een uitkering voor blijvende invaliditeit heeft plaatsgehad, zal deze uitkering op de uitkering wegens overlijden in mindering worden gebracht. Indien de uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is dan de in verband met het overlijden verschuldigde uitkering, wordt het meerdere door de Verzekeraar niet teruggevorderd.

2.5.3 Ingeval van blijvende invaliditeit

- a Verzekerd bedrag
De verzekering geeft dekking voor een aan de mate van invaliditeit gerelateerd gedeelte van het verzekerde bedrag ad € 25.000,00 wegens blijvende invaliditeit indien verzekerde als rechtstreeks gevolg van een binnen de geldigheidsduur van de verzekering overkomen ongeval binnen drie jaar na het ongeval blijvend invalide wordt.
- b In afwijking van het hierboven onder a. bepaalde wordt van het verzekerde bedrag uitgekeerd:
Bij:

| | |
|---|------|
| het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van de geïntegreerde complexe hogere hersenfuncties | 100% |
| het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van het vermogen tot taalgebruik | 90% |
| algehele ongeneeslijke verlamming | 100% |

Bij algeheel verlies of functieverlies van:

| | |
|--|-----|
| de arm tot in het schoudergewricht | 75% |
| de arm tot in het ellebooggewricht of tussen elleboog- en schoudergewricht | 65% |
| de hand tot in het polsgewricht of de arm tussen pols- en ellebooggewricht | 60% |
| de duim | 25% |
| de wijsvinger | 15% |
| de middelvinger | 12% |
| de ringvinger of de pink | 10% |
| het been tot in het heupgewricht | 70% |
| het been tot in het kniegewricht of tussen knie- en heupgewricht | 60% |
| de voet tot in het enkelgewricht of het been tussen enkel- en kniegewricht | 50% |

| | |
|--------------------|-----|
| de grote teen | 10% |
| iedere andere teen | 5% |
| reuk | 15% |
| smaak | 5% |
| nier of milt | 10% |

Bij algeheel verlies van:

| | |
|-------------------------------------|------|
| het gezichtsvermogen van beide ogen | 100% |
| Het gezichtsvermogen van één oog | 30% |
| het gehoor van beide oren | 50% |
| het gehoor van één oor | 20% |

- c In geval van samengestelde vinger- of handletsels zal nimmer meer dan 60% worden uitgekeerd;
- d in geval van gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk functieverlies wordt van de hierboven onder b genoemde percentages een evenredig deel, met inachtneming van de meest recente normen van de American Medical Association (A.M.A.) en de meest recente richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, uitgekeerd;
- e ter zake van blijvende invaliditeit als gevolg van meerdere aan de verzekerde overkomen, achtereenvolgende, ongevallen wordt nimmer meer uitgekeerd dan het voor blijvende invaliditeit verzekerde en op het polisblad genoemde verzekerde bedrag;
- f indien de verzekeraar in geval van het algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog reeds 30% van het verzekerde bedrag heeft uitgekeerd, zal in geval van algeheel verlies van het gezichtsvermogen van het tweede oog 70% worden uitgekeerd;
- g indien de verzekeraar in geval van het algeheel verlies van het gehoor van één oor reeds 20% van het verzekerde bedrag heeft uitgekeerd, zal in geval van algeheel verlies van het gehoor van het tweede oor 30% worden uitgekeerd;

2.5.4 Vermindering uitkering

Indien reeds voor het ongeval enig lichaamsdeel, orgaan of functie geheel of gedeeltelijk verloren was, heeft evenredige vermindering van de uitkering plaats.

2.5.5 Beroep/bezigheden

Voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit blijven het beroep of de bezigheden van de verzekerde buiten beschouwing.

2.5.6 Whiplash

Ten aanzien van acceleratie/deceleratie-trauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het postwhiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, wordt bepaald dat hiervoor maximaal 5% van het verzekerde bedrag bij blijvende invaliditeit wordt uitgekeerd. Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologische testen of verstibulair onderzoek, zijn verkregen geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5%.

2.5.7 Rentevergoeding

Indien de verzekerde recht heeft op uitkering wegens blijvende invaliditeit en de omvang van de uitkering niet binnen 2 jaar nadat het ongeval bij de verzekeraar is gemeld, kan worden vastgesteld en indien en voor zover de verzekerde de in artikel 7 omschreven verplichtingen is nagekomen en dat blijft doen, verhoogt de verzekeraar de uitkering met een rente gelijk aan wettelijke rente vanaf de datum van het verstrijken van deze periode tot het tijdstip waarop de omvang van de uitkering door de verzekeraar is vastgesteld.

2.6 Aanpassingen

De verzekeraar heeft het recht tussentijds de voorwaarden van de verzekering en bloc aan te passen. Verzekeraar zal verzekerde hierover schriftelijk informeren.

2.7 Verplichtingen bij schade

2.7.1 De verzekerde is verplicht in geval van een gebeurtenis waarvan de financiële gevolgen ten laste van de verzekeraar (kunnen) komen:

- a daarvan de verzekeraar direct in kennis te stellen en een daarvoor bestemd volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier in te zenden onder overlegging van alle bescheiden;
- b de verzekeraar zoveel mogelijk te ondersteunen in het leveren van bewijs dat tot opheldering van de toedracht van de gebeurtenis dient;

- c het ontstaan of verergeren van schade zoveel mogelijk te beperken;
- d de verzekeraar te machtigen om, indien dat wenselijk is, schade-experts of andere deskundigen in te schakelen;

2.7.2 Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde is verplicht in geval van een ongeval:

- a zich direct onder geneeskundige behandeling te (doen) stellen en alles in het werk te stellen om een spoedige genezing te bevorderen;
- b hiervan de Verzekeraar in kennis te stellen en wel zo spoedig mogelijk na het ongeval, uiterlijk binnen 14 dagen, onder overlegging van alle bescheiden;
- c zich op kosten van de verzekeraar door een door de verzekeraar aangewezen arts te doen onderzoeken;
- d zich op kosten van de verzekeraar voor een onderzoek te doen opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting;
- e de verzekeraar direct in kennis te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel;
- f alle door de verzekeraar gewenste gegevens te verstrekken;
- g geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de uitkering en/of vergoedingen van belang zijn;
- h de verzekeraar te machtigen bij derden inlichtingen in te winnen.

2.7.3 Verplichtingen van de erfgenamen

De wettige erfgenamen zijn verplicht in geval van een ongeval:

- a waardoor direct levensgevaar voor de verzekerde bestaat, direct mededeling aan de verzekeraar te doen;
- b waardoor de verzekerde is overleden, direct uiterlijk binnen 48 uur mededeling aan de verzekeraar te doen (bij voorkeur telefonisch of per faxbericht);
- c hun toestemming en medewerking te verlenen tot het nemen van alle maatregelen die de verzekeraar nodig acht ter vaststelling van de doodsoorzaak, waaronder sectie en exhumatie;
- d alle door de verzekeraar gewenste gegevens te verstrekken;
- e geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de uitkering van belang zijn;
- f de verzekeraar te machtigen bij derden inlichtingen in te winnen;
- g alles in het werk te stellen om gevolgen van het ongeval te beperken.

Indien de in dit artikel genoemde verplichtingen niet worden nagekomen, vervalt ieder recht op uitkering.

2.8 Uitsluitingen

2.8.1 Uitgesloten zijn ongevallen die de verzekerde zijn overkomen:

- a door opzet of met goedvinden van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende. Voor zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe bestaat geen dekking, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;
- b bij vechtpartijen of waagstukken anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging, redding of behoud van personen, dieren of goederen;
- c door ziekte of door geneeskundige behandeling met inbegrip van elke vorm van bestraling, tenzij zodanige behandeling of bestraling plaats had in verband met een ongeval of ongevalsgevolg, waarvoor door de verzekeraar op grond van deze polis uitkering werd of wordt verleend;
- d door het plegen van of de deelneming aan een misdrijf of een poging daartoe;
- e door gebruik van alcohol, of door geneesmiddelen, verdovende, slaap-, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder soft-en harddrugs;
- f bij deelname aan of de voorbereiding tot snelheids-, record-, prestatie- en betrouwbaarheidswedstrijden met motorrijtuigen en motorvoertuigen;
- g tijdens deelneming aan beroepssport; h bij voorbereiding tot of deelname aan gevechtssporten, dan wel wedstrijden met motorrijtuigen, rijwielen, paarden, ski-, slede-, ijshockey-, skelter- of rugbywedstrijden of tijdens berg- of gletscher-tochten die in de regel niet zonder gids worden ondernomen of ontdekkingsreizen;
- i tijdens het beoefenen van enige gevaarlijke sport zoals bijvoorbeeld abseilen, bungee- of basejumping. Een sport dient als gevaarlijk te worden aangemerkt, indien dat naar maatschappelijke normen, ter beoordeling van een scheidsman, als zodanig wordt beschouwd;
- j ten gevolge van deelneming aan luchtvaart anders dan als passagier die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht luchtvaartuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt;
- k als amateur-zweefvlieger of als passagier van een zweefvliegtuig, tenzij wordt deelgenomen aan het burgerlijk luchtverkeer en het vliegtuig wordt bediend door een piloot die in het bezit is van een geldig zweefvliegbrevet;
- l tijdens of door de beoefening van onderwatersport waarbij gebruik wordt gemaakt van zogenoemde "onderwater-apparatuur";

m doordat verzekerde als bestuurder van een motorrijtuig onder invloed is van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder alcoholhoudende drank, soft-en harddrugs, tenzij verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en het gebruik van genoemde middelen;

n veroorzaakt door of ontstaan uit molest, zijnde:

- een gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of minstens de een de ander, met militaire machtsmiddelen bestrijden. Het gewapend optreden van militaire eenheden onder de verantwoordelijkheid van internationale organisaties, zoals de Verenigde Naties, de Noord Atlantische Verdrags Organisatie of de West-Europese Unie, wordt ook hieronder verstaan;
- een burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van dezelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- een opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, dat gericht is tegen het openbaar gezag;
- binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen die zich op verschillende plaatsen binnen een staat voordoen;
- een oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging die gericht is tegen het openbaar gezag;
- mouterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van een gewapende macht, waarbij de beweging gericht is tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

o veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit atoomkernreacties, onverschillig hoe de reactie is ontstaan.

Onder atoomkernreacties is te verstaan elke kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplijting en kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve stoffen, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden voor of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden. Voorwaarde daarbij is wel dat een bevoegde overheid een vergunning heeft afgegeven voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. De uitsluiting blijft echter van kracht voor zover op basis van een wet of verdrag een derde aansprakelijk is voor de geleden schade. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;

p terwijl de verzekering nietig is;

q door juiste of onjuiste uitvoering van een last of een verordening tijdens enige in artikel 8.1.n bedoelde toestand of handeling.

2.8.2 Uitgesloten omstandigheden

uitgesloten zijn ongevallen waarbij verzekerde:

- a een verplichting niet nakomt, waardoor de belangen van de verzekeraar zijn of worden geschaad;
- b opzettelijk een onvolledige of onjuiste opgave doet;

2.8.3 Niet verzekerd

De verzekering dekt niet het ontstaan of de verergering van een ingewandsbreuk (hernia) of tussenwervelschijfletsel (hernia nucleii pulposi).

2.9 Vaststelling van uitkering en/of vergoedingen

2.9.1 Recht op uitkering

De aanspraak op uitkering wordt door de verzekeraar beoordeeld aan de hand van de gegevens van door hem aan te wijzen medische en andere deskundigen.

2.9.2 Overlijden

De uitkering wegens overlijden wordt vastgesteld zodra het onderzoek naar het ongeval, de doodsoorzaak en het verband tussen beiden door de verzekeraar is afgesloten.

2.9.3 Blijvende invaliditeit

a De uitkering wegens blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, zodra:

- 1 een blijvende toestand is ingetreden;
- 2 zesendertig maanden na het ongeval zijn verstreken

b Indien de verzekerde overlijdt voordat de mate van invaliditeit is vastgesteld, bestaat geen recht op uitkering, tenzij het overlijden geen rechtstreeks en onmiddellijk gevolg is van het ongeval, in welk geval de mate van invaliditeit wordt vastgesteld aan de hand van de aan de verzekeraar laatst bekende gegevens en de uitkering wordt gefixeerd ter grootte van de uitkering die vermoedelijk zou zijn bepaald, indien de verzekerde niet was overleden.

2.9.4 Vaststelling van de uitkering

- a Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt nimmer rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval of het daardoor veroorzaakte lichamelijk letsel of blijvende invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit tot gevolg kunnen hebben.
- b De vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit zal in Nederland plaatsvinden, ook al is een verzekerde na het ongeval, of was verzekerde ten tijde van het ongeval al in het buitenland. De verzekerde zal in dat geval op eigen kosten naar Nederland terug dienen te komen ter vaststelling van de definitieve mate van blijvende invaliditeit. Voldoet verzekerde hieraan niet, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

2.9.5 Maximale uitkering

Het totaal van de uitkeringen, inclusief een rente gelijk aan de wettelijke rente, in geval van blijvende invaliditeit of overlijden zal nooit meer bedragen dan het op het polisblad vermelde verzekerde bedrag.

2.9.6 Begunstiging bij overlijden

Wanneer verzekerde overlijdt ten gevolge van een ongeval, wordt de uitkering betaald aan zijn wettige erfgenamen. Zij moeten een verklaring van erfrecht overleggen. Maar wanneer verzekerde bij het afsluiten van zijn verzekering heeft opgegeven wie zijn overlijdensuitkering moet(en) ontvangen, gaat de uitkering naar deze rechthebbende(n). Geen aanspraak op de uitkering hebben de Staat der Nederlanden en schuldeisers die geen erfgenamen zijn.

2.9.7 Geen overdracht

De vordering van de begunstigde jegens de verzekeraar ter zake van de uitkering bij overlijden is niet vatbaar voor overdracht aan derden.

2.10 Verval van rechten

Onverminderd het in deze polisvoorwaarden bepaalde, vervalt ieder recht op uitkering zonder meer, indien de kennisgeving of mededeling op grond van artikel 7 later geschiedt dan 36 maanden nadat het ongeval heeft plaatsgevonden.

2.11 Afstand van verhaal

De verzekeraar doet afstand van het recht om schade, met inbegrip van de ter zake gemaakte kosten, te verhalen op die verzekerden voor wie ter zake van de gebeurtenis, waarvoor de verzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden schadevergoeding verschuldigd is, de verzekering dekking geeft.

2.12 Toepasselijk recht

Op de verzekeringsovereenkomsten is het Nederlands recht van toepassing.

2.13 Klachtenbehandeling

- U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw verzekering 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 2705, 6401 DE Heerlen. Dit kan ook per e-mail aan klachtenmanagement@aevitae.com. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.
- 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 het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, www.kifid.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

2.14 Geschillenregeling

Indien tussen de verzekeraar en verzekeringnemer verschil van opvatting ontstaat: a over de uitleg en toepassing van de verzekeringsvoorwaarden, of b over de vraag of een gebeurtenis al dan niet door de verzekering is gedekt, is de verzekeraar verplicht zijn standpunt schriftelijk en gemotiveerd aan de verzekeringnemer kenbaar te maken. De verzekeringnemer kan binnen twee maanden na dagtekening van het schrijven van de verzekeraar schriftelijk en gemotiveerd bezwaar maken. De verzekeraar is verplicht op het bezwaarschrift van de verzekeringnemer uiterlijk binnen twee maanden na het indienen ervan schriftelijk en gemotiveerd te antwoorden. Blijft de verzekeringnemer met de verzekeraar van mening verschillen, dan zal de verzekeraar op verzoek van de verzekeringnemer, mits binnen één maand na dagtekening van het laatste schrijven van de verzekeraar ingediend, het geschil voorleggen aan een in overleg met de verzekeringnemer aan te wijzen advocaat. De kosten van het advies van de aangewezen advocaat komen voor rekening van de verzekeraar. De verzekeraar conformeert zich op voorhand aan dit advies. Indien de verzekeringnemer zich met het advies niet kan verenigen, kan hij het geschil alsnog voorleggen aan de rechter. Indien de verzekeringnemer door de rechter alsnog in het gelijk wordt gesteld en het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan, zal de verzekeraar de gemaakte externe kosten vergoeden, alsmede een rente gelijk aan de wettelijke rente.

2.15 Begrenzing dekking Terrorismeschade

Naast de specifieke uitsluitingen als nader in de verzekeringsvoorwaarden omschreven is de dekking voor het terrorismerisico begrensd.

2.15.1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden en de daarop berustende bepalingen wordt – voor zover niet anders blijkt – verstaan onder:

- a Terrorisme: gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
- b Kwaadwillige besmetting: het – buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.
- c Preventieve maatregelen: van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.
- d Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT): een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in dit artikel onder lid a, b en c omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.
- e Verzekeringsovereenkomsten:
 - 1 Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder “staat waar het risico is gelegen” van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
 - 2 Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
 - 3 Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- f In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

2.15.2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

- a Indien en voor zover, met inachtneming van de in dit artikel onder lid 1.a, 1.b en 1.c gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
- 1 terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen;
 - 2 handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- b hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.
- c De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar.
- Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen. d In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:
- 1 schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
 - 2 gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in dit artikel onder lid 1.f tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.
- Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

2.15.3 Uitkeringsprotocol NHT

- a Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
- b De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
- c Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in dit artikel onder lid 3.a bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.
- d De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van deze voorwaarden wordt beschouwd.

VRIELING

zorgverzekering

Meer weten?

Voor al uw vragen over de informatie in deze polisvoorwaarden kunt u terecht bij uw adviseur. Deze kunt u bereiken op werkdagen van 08.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 0523 - 282722.

Daarnaast vindt u veel informatie op www.vrielingzorgverzekering.nl.

Bezoekadres

Kantoor Hardenberg
Stelling 5
7773 ND Hardenberg

Kantoor Dedemsvaart
Langewijk 47
7701 AB Dedemsvaart

Kantoor Zwolle
Eekwal 31
8011 LB Zwolle

Postadres

Postbus 2705
6401 DE Heerlen

zorgverzekering@vrieling.nl