

Inhoudsoverzicht

	SOS-verzekering		Ziektekostenverzekering	
	artikel		Standaarddekking artikel	Uitgebreide dekking artikel
Begripsomschrijvingen	1		1	1
Dekkingsgebied	4.7		2	2
Omvang van de dekking en uitsluitingen	3, 4		3, 4, 5	3, 4, 5, 6
en uitsluitingen	7		7	7
Abortus provocatus	Nvt		7.18	6.7
AWBZ: wachttijd, eigen bijdrage	Nvt		5.9, 7.7	5.9, 7.7
Fertiliteitsbevorderende behandelingen	Nvt		7.17	6.5
Molest	3.4, 7.8, 8		3.4, 7.8, 8	3.4, 7.8, 8
Nierdialyse	Nvt		5.6	5.6
Niet klinische kosten:	Nvt		5.8	5.8, 6.8
- alternatieve geneeswijzen	Nvt		7.26	6.8.f
- anticonceptionele middelen	Nvt		7.20	6.8.i
- brillen, contactlenzen, gebitsprothesen	Nvt		7.4	7.4
- erfelijkheidsonderzoek	Nvt		7.24	6.8.d
- fysio-, oefentherapie	Nvt		5.8.f	5.8.f
- geneesmiddelen	Nvt		5.8.e, 7.2	5.8.e, 7.2
- huisarts	Nvt		5.8.d	5.8.d
- hulpmiddelen	Nvt		7.25, 7.4	6.8.e, 7.4
- jeugdgezondheidszorg, consultatiebureau	Nvt		7.23	6.8.c.4
- keuringen en attesten	Nvt		7.5	7.5
- laboratoriumonderzoek	Nvt		5.8.c	5.8.c
- logopedie	Nvt		5.8.g	5.8.g
- orthodontische behandelingen	Nvt		7.28	6.8.h
- preventieve geneeskunde	Nvt		7.23	6.8.c
- psychotherapie	Nvt		7.21	6.8.b
- revalidatiedagbehandeling	Nvt		5.8.h	5.8.h
- second opinion	Nvt		7.22	6.8.a
- specialistische behandeling	Nvt		5.8.a	5.8.a
- tandheelkundige behandeling	Nvt		5.8.i, 7.27	6.8.g
- vaccinaties, malariaprofylaxe	Nvt		7.3, 5.8.j	7.3, 5.8.j, 6.8.c.4/5
Opsporing en redding	4.2		4.2	4.2
Plastische chirurgie	Nvt		5.7	5.7
Repatriëring en evacuatie	4.3		4.3, 4.4	4.3, 4.4
Sterilisatie en het ongedaan maken ervan	Nvt		7.6, 7.19	7.6, 7.19
Terrorisme	3.3		3.3	3.3
Transplantatie	Nvt		5.5	5.5
Verblijfskosten	Nvt		5.10	5.10
Vervoer stoffelijk overschot	4.5		4.5	4.5
Ziekenhuisopname	Nvt		5.3	5.3
Ziekenvervoer	Nvt		5.4	5.4
Zwangerschap, bevalling, kraamzorg	Nvt		7.16	6.4
Overige uitsluitingen	7		7	7
Bestaande kwalen/klachten	7.1		7.1	7.1
Eigen risico en uitbetaling van schade	9		9	9

Inhouds overzicht

	SOS-verzekering	Ziektekostenverzekering	
	artikel	Standaarddekking	Uitgebreide dekking
Verplichtingen	10	10	10
Alarmcentrale en contactgegevens	10.1.b	10.1.b	10.1.b
Premiebetaling, -restitutie en schorsing	11	11	11
Grondslag van de verzekering	12	12	12
Duur en einde van de verzekering	13	13	13
Opzeggen	13.3	13.3	13.3
Verlengen kortlopende verzekering	13.2.b, 13.2.c	13.2.b, 13.2.c	13.2.b, 13.2.c
Herziening premie en/of voorwaarden	14	14	14
Wijziging van het risico	15	15	15
Kinderen	16	16	16
Persoonsgegevens	17	17	17
Fraude	18	18	18
Klachten en geschillen	19	19	19

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

1.1 Alternatieve geneeswijzen

Behandeling of onderzoek, alsmede geneesmiddelen voorgeschreven door:

- een arts die als natuurarts praktiseert;
- een arts die als homeopatisch arts praktiseert;
- een antroposofisch arts;
- een arts-acupuncturist;
- een arts-enzymtherapeut;
- een arts-fleboloog;
- een arts-chiropractor.

1.2 Bijkomende kosten

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek).

1.3 Fraude

Het plegen of het trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van de verzekering betrokken personen en/of organisaties, met als doel het onder valse voorwendsels verkrijgen van een verzekeringsdekking of een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat.

1.4 Fysiotherapeut

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

1.5 Geneesmiddelen

Middelen die als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die uitsluitend op voorschrift van een huisarts of specialist worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

1.6 Huisarts

Een arts, die door de bevoegde instanties als huisarts is erkend.

1.7 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan hulpmiddelen en verbandmiddelen, met inachtneming van het door de maatschappij vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften. Het gaat

om de hulp- en verbandmiddelen zoals deze zijn omschreven in de Zorgverzekeringswet, het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekering.

1.8 Kraaminrichting

Een inrichting die door de bevoegde instanties als kraaminrichting is erkend.

1.9 Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt. Een kraamverzorgende -zelfstandig of in dienst van of verbonden aan een kraamcentrum, kraamhotel of ziekenhuis- heeft daarvoor alle diploma's en werkt volgens de relevante protocollen.

1.10 Land van herkomst, woonachtig, buitenland

- Land van herkomst:* Het land waar verzekerde voor vertrek naar het buitenland woonachtig was en/of het land waarvan de verzekerde de nationaliteit heeft.
- Woonachtig:* Naar individuele omstandigheden beoordeeld waar iemand woont. In het algemeen waar iemand het middelpunt van zijn maatschappelijk bestaan heeft. Dit wordt vastgesteld aan de hand van feitelijke omstandigheden in het concrete geval waarin enerzijds de juridische, economische en sociale binding met een land een rol spelen en anderzijds de bindingen met het land van herkomst.
- Buitenland:* Elk ander land dan het land waar verzekerde woonachtig is/was.

1.11 Logopedist

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

1.12 Maatschappij

- Voor de SOS- en ziektekostendeckking: OOM Global Care N.V.
- Voor de molestdekking: "O.O.M." Onderlinge Molestverzekering-Maatschappij U.A.
OOM Global Care N.V. is geregistreerd bij de Autoriteit Financiële Markten (AFM) onder nummer 12.000.623. "O.O.M." Onderlinge Molestverzekering-Maatschappij U.A. valt niet onder het toezicht van de AFM en is daarom vrijgesteld van registratie.

1.13 Medische noodzaak

De noodzakelijkheid die berust op algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.14 Molest

Onder molest wordt verstaan:

- *Gewapend conflict*: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties.
- *Burgeroorlog*: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is.
- *Binnenlandse onlusten*: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.
- *Opstand*: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.
- *Oproer*: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag.
- *Muiterij*: een min of meer georganiseerde, gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

Deze molestbegrippen maken deel uit van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's Gravenhage is gedeponneerd.

1.15 Oefentherapeut

Een praktiserend oefentherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.

1.16 Ongeval

Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht, waarvan de aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen.

1.17 Opname

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

1.18 Psycholoog

Een praktiserend psycholoog, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.

1.19 Psychotherapeut

Een praktiserend psychotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.

1.20 Revalidatie

Behandeling, advisering en begeleiding in een door de bevoegde instanties erkende inrichting voor revalidatie door een team dat in ieder geval bestaat uit een specialist en een paramedisch beroepsbeoefenaar en daarnaast uit een psycholoog of een deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatietechnisch terrein, alsmede de hiermee verband houdende verzorging.

1.21 Revalidatiedagbehandeling

Als omschreven bij revalidatie, maar dan een behandeling voor een dag of een gedeelte van een dag.

1.22 Specialist

Een arts of tandarts, die door de bevoegde instanties als specialist is erkend.

1.23 Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist staat ingeschreven.

1.24 Tandarts

Een arts, die door de bevoegde instanties als tandarts is erkend.

1.25 Tandheelkundige behandeling

Behandeling of onderzoek dat gericht is op of samenhangt met verbetering of herstel van het gebit, volgens algemeen aanvaarde medische normen en uitsluitend uitgevoerd door een hiertoe bevoegde tandarts of kaakchirurg.

1.26 Verblijfskosten

Kosten die gemaakt worden voor verblijf op basis van logies en die aan de hand van nota's gestaaft worden. Hieronder vallen bijvoorbeeld kosten voor hotel, motel of appartement e.d., maar niet verblijf bij familie, vrienden, kennissen e.d.

1.27 Verloskundige

Een verloskundige, die door de bevoegde instanties als zodanig is erkend.

1.28 Verpleegkosten

Het bedrag per dag, verschuldigd wegens verpleging van ten minste 24 uur in een ziekenhuis, uitgezonderd de bijkomende kosten en de kosten van specialistische behandeling.

1.29 Verzekerde

Ieder als zodanig op de polis vermelde persoon.

1.30 Verzekeringnemer

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

1.31 Ziekenhuis

Een inrichting voor het verplegen, behandelen en onderzoeken van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde instanties is erkend.

Onder deze omschrijving valt ook de inrichting speciaal bedoeld voor revalidatie en een sanatorium, maar niet rusthuizen, herstellingsoorden en verpleeghuizen.

1.32 Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk vervoer van een patiënt, die op medische gronden niet in staat kan worden geacht zelfstandig te reizen, naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of plaats van behandeling, waarvan de kosten onder deze verzekering gedekt zijn.

Artikel 2. Dekkingsgebied

2.1 De te verzekeren regio's zijn:

- a. regio A: de gehele wereld;
- b. regio B: de gehele wereld met uitzondering van de Verenigde Staten en Canada;
- c. regio NL: Nederland.

2.2 Binnen de geldigheidsduur van de verzekering is de verzekering van kracht in de regio zoals aangegeven op het polisblad.

2.3 Ongeacht de verzekerde regio is er geen dekking in Nederland zolang er verzekeringsplicht bestaat voor de basisverzekering of enig andere wettelijke ziektekostenverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) respectievelijk enige andere wettelijke bepaling.

- 2.4 Indien regio NL verzekerd is, geldt dat bij tijdelijk verblijf buiten Nederland de dekking van deze verzekering van kracht blijft tot 50 dagen na het vertrek uit Nederland ingaande op de dag dat verzekerde Nederland heeft verlaten. Indien de vrouwelijke verzekerde in verband met een bevalling tijdelijk buiten Nederland verblijft, geldt voor haar, alsmede voor de bij haar verblijvende kinderen tot de leeftijd van 16 jaar, dat de dekking buiten Nederland van kracht blijft gedurende maximaal 90 dagen voor en 90 dagen na de bevalling.

Artikel 3. Omvang van de dekking

3.1 Onzeker voorval

De verzekering biedt uitsluitend dekking indien en voor zover is voldaan aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in artikel 7:925 BW. Aan dit vereiste van onzekerheid is voldaan indien en voor zover de schade op vergoeding waarvan aanspraak wordt gemaakt het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor verzekeringnemer/verzekerde, dan wel voor een derde, schade was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

3.2 Medische noodzaak

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de maatschappij de kosten van SOS en/of de ondergane medische behandelingen genoemd in:

- indien de SOS-verzekering is gesloten: artikel 4;
- indien de Ziektekostenverzekering met Standaarddekking is gesloten: artikel 4 en 5;
- indien de Ziektekostenverzekering met Uitgebreide dekking is gesloten: artikel 4 t/m 6.

3.3 Terrorisme

De gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, zijn verzekerd, overeenkomstig de dekking en de definities zoals die zijn neergelegd in het "Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)" en het "Protocol afwikkeling claims Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)" alsmede de toelichting daarop. De tekst van bedoeld Clausuleblad en Protocol alsmede de toelichting daarop kan geraadpleegd of gedownload worden via de website van het NHT, www.terrorismeverzekerder.nl, of opgevraagd worden bij de maatschappij.

3.4 Molest

- a. Deze verzekering omvat de vergoeding van SOS- en/of ziektekosten van een verzekerde ten gevolge van molest, voor zover die kosten verzekerd zijn overeenkomstig hetgeen elders in onderhavige verzekeringsvoorwaarden is bepaald.
- b. De dekking voor molest is van kracht in de gehele wereld. Het in artikel 3.6 bepaalde blijft onverminderd van kracht.

3.5 Verzekerde periode

De verzekerde kosten komen voor vaststelling van de uitkering in aanmerking voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke de verzekering van kracht is.

3.6 Verzekerd in regio B of NL, kosten gemaakt in regio A

- a. Van de voor vergoeding in aanmerking komende kosten gemaakt in regio A en verzekerd voor regio B of voor regio NL wordt 50% vergoed.
- b. Ingeval de verzekerde regio gewijzigd wordt van regio B of regio NL naar regio A met het doel een medische behandeling te ondergaan in regio A, zal vergoeding van de kosten plaatsvinden overeenkomstig het in lid a bepaalde.

3.7 Maximum tarieven

In geen geval zal een hoger bedrag worden vergoed dan de door de officiële instanties goedgekeurde tarieven.

3.8 Vreemde valuta

Rekeningen die in vreemde valuta luiden, zullen in euro worden omgerekend volgens de koers op de laatste (werk) dag van de maand voorafgaand aan de notadatum. De maatschappij hanteert hiervoor het gemiddelde van de aan- en verkoopkoers, zoals deze gepubliceerd worden op de website van GWK Travelex www.travelex.com/nl/.

3.9 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis en zorgverlener.

Artikel 4. Omschrijving van de dekking SOS-verzekering

4.1 Recht op vergoeding van de kosten genoemd in artikel 4.2 t/m 4.6 bestaat voor verzekerden die verzekerd zijn met een:

- SOS-verzekering;
- Ziektekostenverzekering met Standaarddekking;
- Ziektekostenverzekering met Uitgebreide dekking.

4.2 De kosten van opsporing en redding

Hieronder worden verstaan de kosten, die noodzakelijkerwijs voor een verzekerde worden gemaakt in opdracht van een officiële instantie (bijvoorbeeld de politie) voor opsporing, redding of berging van een vermiste of verongelukte verzekerde. Een verklaring van bovengenoemde instantie dient aan de maatschappij te worden overgelegd, terwijl bij het ontbreken van een dergelijke verklaring uit hoofde van deze verzekering geen recht op vergoeding bestaat. Voor opsporings- en reddingskosten wordt maximaal per gebeurtenis € 10.000,- vergoed.

4.3 De kosten van repatriëring en evacuatie

- a. Wanneer een **medische behandeling** in het land waar de verzekerde verblijft **niet mogelijk is** en de **behandeling niet kan worden uitgesteld**, worden de volgende kosten vergoed:
 - 1 de vliegkosten van de patiënt;
 - 2 de vliegkosten, alsmede de verblijfskosten, van een begeleider, als begeleiding medisch noodzakelijk is;
 - 3 de vliegkosten, alsmede de verblijfskosten, van een begeleider bij repatriëring/evacuatie van een kind tot 16 jaar, ongeacht of deze begeleiding medisch noodzakelijk is;
 - 4 de vliegkosten die de verzekerde maakt voor de terugreis naar zijn of haar standplaats;
 - 5 de vliegkosten, alsmede de verblijfskosten, van een of meer kinderen, niet ouder dan 24 maanden, indien de repatriëring van de moeder voor vergoeding onder deze verzekering in aanmerking komt en de kinderen bij de maatschappij verzekerd zijn.

- b. De verzekerde heeft het recht te kiezen tussen vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis en een ziekenhuis in het land van herkomst of het land waar verzekerde woonachtig is, mits in het betreffende ziekenhuis adequate behandeling mogelijk is.
 - c. De vliegrestkosten van een lijnvlucht of charter worden maximaal vergoed volgens het tarief geldende voor de toeristenklasse. In alle gevallen geldt dat een zo voordelig mogelijke wijze van vliegen moet worden gekozen.
 - d. De verblijfskosten als bedoeld onder 2, 3 en 5 van lid a van dit artikel worden vergoed met een maximum van € 100,- per dag en tot een maximum van € 2.000,- per ziektegeval.
 - e. De medische beoordeling van de repatriëring/evacuatie ligt in alle gevallen bij de maatschappij. Sociale indicatie, hygiënische omstandigheden ter plaatse, HIV-besmettingsgevaar alleen en repatriëring met het oogmerk van preventie zullen geen aanleiding zijn voor vergoeding van vliegrestkosten.
- 4.4 Zowel voor de Standaarddekking als voor de Uitgebreide dekking van de Ziektekostenverzekering geldt dat:
- a. kosten van repatriëring of evacuatie die verband houden met de behandelingen die zijn uitgesloten van vergoeding, niet voor vergoeding in aanmerking komen.
 - b. de maatschappij het recht heeft bij een ziekenhuisopname, of de noodzaak daartoe, de verzekerde te repatriëren (ook als dat niet medisch noodzakelijk is) zodra het medisch gezien verantwoord is om de ziekenhuisopname in het land waar verzekerde woonachtig is voort te zetten of aan te vangen.
- 4.5 **De kosten van vervoer stoffelijk overschot**
De kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar een land van keuze. Inbegrepen zijn de kosten van de voor het vervoer op grond van de geldende voorschriften noodzakelijke binnenkist.
- 4.6 **Bijzondere onkosten**
Namelijk:
- a. **de kosten van verlenging van een vliegticket** van een verzekerde, noodzakelijk in verband met ziekte of ongevalsletsel van die verzekerde, ontstaan tijdens verlof in het land van herkomst, tot een maximum van € 1.200,-.
Als de ziekte of het ongevalsletsel levensbedreigend is, komen ook de kosten van verlenging van de vliegrestickets van onder deze polis verzekerde gezinsleden voor vergoeding in aanmerking, eveneens tot een maximum van € 1.200,- per persoon.
 - b. **de reis- en verblijfskosten** die één persoon bij overkomst vanuit het land van herkomst maakt in geval van levensgevaar of overlijden van een verzekerde. Voor vergoeding van verblijfskosten geldt een maximum van € 100,- per dag met een maximum van € 2.000,- per gebeurtenis.
 - c. **de telecommunicatiekosten** die verzekerde maakt in verband met een gedekte repatriëring tot een maximum van € 125,- per repatriëring.
- 4.7 In afwijking van hetgeen bepaald is in artikel 2. Dekkingsgebied, geeft de SOS-verzekering dekking in de gehele wereld. Voor zowel de Standaarddekking als de Uitgebreide dekking van de Ziektekostenverzekering blijft artikel 2 onverminderd van kracht.

Artikel 5. Omschrijving van de dekking Ziektekostenverzekering Standaarddekking

- 5.1 a. Recht op vergoeding van de kosten genoemd in artikel 5.3 t/m 5.10 bestaat voor verzekerden die verzekerd zijn met een:
- Ziektekostenverzekering met Standaarddekking;
 - Ziektekostenverzekering met Uitgebreide dekking.
- b. Voor verzekerden met een SOS-verzekering zijn de kosten zoals genoemd in artikel 5.3 t/m 5.10 uitgesloten van de dekking.
- 5.2 **SOS-verzekering**
Indien de Ziektekostenverzekering met Standaarddekking gesloten is, bestaat recht op dekking volgens de SOS-verzekering, zoals genoemd in artikel 4.2 t/m 4.7.
- 5.3 **Opname in ziekenhuis**
- a. De kosten van een opname worden vergoed gedurende een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen vangt een nieuwe periode aan.
 - b. Indien in het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen meerdere verpleegklassen bestaan, dan geeft deze verzekering dekking op basis van de verpleegklasse die gelijkwaardig is aan de 3e klasse van een Nederlands ziekenhuis. De meerkosten voor een hogere verpleegklasse komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.4 **Ziektenvervoer**
- a. Ambulancevervoer over de weg, alsmede ambulancevervoer over water of door de lucht mits een andere vorm van vervoer niet beschikbaar dan wel om medische redenen niet verantwoord is. In alle gevallen geldt dat een zo voordelig mogelijke wijze van vervoer moet worden gekozen.
 - b. Zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer (in de laagste klasse), taxi of eigen auto, direct voorafgaand en direct aansluitend aan het bezoek aan de zorgverlener. De kosten van eigen vervoer worden vergoed voor maximaal € 0,20 per gereden kilometer.
- 5.5 **Transplantatie**
- a. Kosten van transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long en nierpancreas. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de maatschappij. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.
 - b. Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de dekking vallende orgaantransplantatie.
- 5.6 **Nierdialyse**
Ten behoeve van de verzekerde, na voorafgaande goedkeuring door de maatschappij.

5.7 Plastisch chirurg

Wegens verminking ontstaan door een ongeval of wegens direct bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

5.8 De kosten van niet-klinische medische hulp

Namelijk van:

- a. specialistische behandeling.
- b. bijkomende kosten.
- c. laboratoriumonderzoek op voorschrift van een huisarts of specialist in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.
- d. behandeling door de huisarts.
- e. geneesmiddelen.
- f. behandelingen door een fysiotherapeut/ oefentherapeut tot ten hoogste 25 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar of verzekerde periode indien korter verzekerd is.
- g. behandelingen door een logopedist tot ten hoogste 25 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar of verzekerde periode indien korter verzekerd is.
- h. revalidatiedagbehandeling.
- i. tandheelkundige behandelingen door een tandarts of kaakchirurg, uitsluitend indien deze het gevolg zijn van een ongeval. Vergoed wordt maximaal € 350,- per verzekerde per verzekeringsjaar of verzekerde periode indien korter verzekerd is.
Deze bepaling geldt niet wanneer de Uitgebreide dekking is verzekerd.
- j. vaccinaties en immunoglobulinen tegen:
 - 1 hondsdolheid, echter uitsluitend nadat verzekerde gekrabd, gebeten of gelikt is door een dier dat mogelijk met hondsdolheid besmet is.
 - 2 tetanus, echter uitsluitend na verwonding met risico op tetanusbesmetting en de preventieve vaccinaties geen voldoende bescherming bieden.

5.9 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Voor degene die komend vanuit het buitenland in Nederland is gaan wonen en als gevolg daarvan verzekerd is geworden in de zin van de AWBZ, geldt in bepaalde situaties een wachttijd voor AWBZ-verstrekingen. Gedurende deze wachttijd zullen bedoelde verstrekingen door de maatschappij worden vergoed.

5.10 Verblijfskosten

Verblijfskosten die een patiënt voor zichzelf maakt in verband met een medische behandeling buiten zijn woonplaats tot maximaal een bedrag van € 100,- per dag en tot een maximum van € 2.000,- per ziektegeval indien en voor zolang verblijf in de buurt van het ziekenhuis op medische gronden noodzakelijk is.

Artikel 6. Omschrijving van de dekking Ziektekostenverzekering Uitgebreide Dekking

- 6.1 a. Recht op vergoeding van de kosten genoemd in artikel 6.4 t/m 6.8 bestaat voor verzekerden die verzekerd zijn met een Ziektekostenverzekering met Uitgebreide dekking.
- b. Voor verzekerden met een SOS-verzekering of een Ziektekostenverzekering met Standaarddekking zijn de kos-

ten zoals genoemd in artikel 6.4 t/m 6.8 uitgesloten van de dekking.

6.2 SOS-verzekering

Indien de Ziektekostenverzekering met Uitgebreide dekking gesloten is, bestaat recht op dekking volgens de SOS-verzekering, zoals genoemd in artikel 4.2 t/m 4.7.

6.3 Ziektekostenverzekering Standaarddekking

Indien de Ziektekostenverzekering met Uitgebreide dekking gesloten is, bestaat recht op dekking volgens de Ziektekostenverzekering met Standaarddekking, zoals genoemd in artikel 5.3 t/m 5.10.

6.4 Zwangerschap, bevalling en kraamzorg

- a. Kosten die gemaakt worden binnen de eerste 12 maanden dat de moeder bij de maatschappij tegen de kosten van zwangerschap, bevalling en kraamzorg verzekerd is, zullen uitsluitend worden vergoed, indien er sprake is van een onvoorziene noodsituatie die acuut medisch ingrijpen noodzakelijk maakt, voor zover hiervan volgens de medisch adviseur van de maatschappij sprake is.
- b. Kosten die gemaakt worden nadat de moeder ten minste 12 maanden bij de maatschappij tegen de kosten van zwangerschap, bevalling en kraamzorg verzekerd is, worden vergoed zoals bepaald in artikel 6.4.b.1 en 6.4.b.2, ongeacht of er een medische indicatie aanwezig is.

1 zwangerschap en bevalling

- a. Zodra de zwangerschap bekend is, dient contact opgenomen te worden met de OOM Alarmcentrale. Als de medewerkers van de alarmcentrale de aan de zwangerschap en/of bevalling verbonden kosten goedkeuren, worden deze vergoed conform artikelen 3, 5.3, 5.8 en 6.8.

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van:

- 1 verloskundige hulp in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- 2 onderzoeken en geneesmiddelen op voorschrift van de specialist, huisarts of verloskundige;
- 3 gebruik polikliniek;
- 4 opname in een ziekenhuis of kraaminrichting.

- b. Indien niet wordt voldaan aan het bepaalde onder artikel 6.4.b.1.a zal maximaal 65% van de verzekerde kosten vergoed worden.

2 kraamzorg thuis

Vergoed worden de kosten van kraamzorg tot een maximum van € 1.500,- verdeeld over een periode van maximaal 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling. Indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting (anders dan poliklinische bevalling) wordt voor elke opnamedag een bedrag van € 150,- in mindering gebracht.

6.5 Fertiliteitsbevorderende behandelingen

- a. Fertiliteitsbevorderende behandelingen worden vergoed op voorwaarde dat de vrouw die de behandelingen ondergaat, ten minste 12 maanden bij de maatschappij tegen de kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen verzekerd is en de leeftijd van 40 jaar nog niet heeft bereikt. Daarnaast dient er sprake te zijn van primaire kinderloosheid van de vrouw.
- b. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend wanneer uit onderzoek is gebleken dat het onmogelijk is, of lijkt te

zijn, om op natuurlijke wijze kinderen te krijgen. Wanneer fertiliteitsbevorderende behandelingen worden toegepast om andere redenen, zoals bijvoorbeeld in het geval van pre-implantatie genetische diagnose of selectie (PGD), zal geen vergoeding van kosten van de fertiliteitsbevorderende behandelingen plaatshebben. Eveneens zijn dergelijke behandelingen uitgesloten van de dekking, tenzij deze elders in deze voorwaarden expliciet zijn ingesloten in de dekking.

- c. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend als behandeling plaatsvindt in een daarvoor aangewezen ziekenhuis na voorafgaande schriftelijke goedkeuring door de maatschappij.
- d. Ten behoeve van maximaal 3 behandelingen worden vergoed:
 - 1 de kosten van kunstmatige inseminatie (KI) met inachtneming van het in 3.2 en 5.3 bepaalde.
 - 2 de aan in vitro fertilisatiebehandelingen (IVF/ICSI) gerelateerde kosten tezamen tot een maximum van € 3.000,- per behandeling.
- e. Behandelingen ten behoeve van tweede en volgende kinderen van de vrouw komen niet voor vergoeding in aanmerking.

6.6 Sterilisatie

Bij sterilisatie van de man worden de kosten vergoed tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling. Deze beperking is niet van toepassing op de vergoeding van kosten verbonden aan sterilisatie van de vrouw.

6.7 Abortus provocatus

De kosten van abortus provocatus uitgevoerd door een daartoe gekwalificeerde specialist in een ziekenhuis.

6.8 De kosten van niet-klinische medische hulp

namelijk van:

- a. het raadplegen van een andere specialist (second opinion), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.
- b. psychotherapeutische behandelingen, na voorafgaande goedkeuring door de maatschappij, tot een maximum van € 700,- per verzekerde per verzekeringsjaar of per verzekerde periode indien korter verzekerd is. Voorwaarde is dat behandeld wordt door een psychiater of een psychotherapeut.
Psychotherapeutische behandelingen door een psycholoog worden niet vergoed, tenzij door de daartoe bevoegde instanties aan de psycholoog toestemming is verleend om deze behandelingen te verlenen.
- c. preventieve geneeskunde:
 - 1 onderzoek van hart en bloedvaten. Een dergelijk onderzoek wordt ten hoogste 1 keer per 2 jaar vergoed.
 - 2 onderzoek naar baarmoederhalskanker voor de vrouwelijke verzekerde in de leeftijdscategorie van 30 tot 60 jaar. Een dergelijk onderzoek wordt ten hoogste 1 keer per 5 jaar vergoed.
 - 3 onderzoek naar borstkanker voor de vrouwelijke verzekerde die 50 jaar of ouder is. Een dergelijk onderzoek wordt ten hoogste 1 keer per 2 jaar vergoed.
 - 4 jeugdgezondheidszorg door een arts of verpleegkundige zoals deze in Nederland gebruikelijk door het consultatiebureau verleend wordt, waarbij de ontwikkeling van het kind – de verzekerde – in het algemeen

en die van de motoriek, de zintuigen, de groei en het gewicht in het bijzonder, gevolgd worden.

Eveneens vergoed worden de kosten van de vaccinaties zoals deze in Nederland opgenomen zijn in en volgens de voorwaarden van het RijksVaccinatie-Programma van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Toelichting op dit RijksVaccinatieProgramma is te raadplegen en te downloaden via de website van het RIVM, www.rivm.nl/rvp, of kan opgevraagd worden bij de maatschappij. Het betreft uitsluitend de vaccinaties die in Nederland standaard verstrekt worden en onder de AWBZ vallen.

- 5 vaccinaties tegen griep.
- d. erfelijkheidsonderzoek na voorafgaande toestemming door de maatschappij.
- e. hulpmiddelenzorg. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen van de maatschappij zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement kan geraadpleegd en gedownload worden via www.oornverzekeringen.nl of opgevraagd worden bij de maatschappij.
- f. alternatieve geneeswijzen tot ten hoogste € 500,- per verzekerde per verzekeringsjaar of verzekerde periode indien korter verzekerd is.
- g. tandheelkundige behandelingen door een tandarts of kaakchirurg. Vergoed wordt maximaal € 350,- per verzekerde per verzekeringsjaar of verzekerde periode indien korter verzekerd is.
- h. orthodontische behandelingen door een orthodontist voor personen tot 21 jaar tot een maximum van € 1.200,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd dat verzekerde bij de maatschappij verzekerd is, ongeacht of dit één of meerdere verzekeringsovereenkomsten betreft. Deze beperkingen gelden niet indien de behandeling verband houdt met:
 - 1 een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
 - 2 een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd behoort te worden en waarbij een kaakorthopedische voor- en nabehandeling noodzakelijk is.
- i. orale anticonceptiva.

Artikel 7. Uitsluitingen

Voor zover niet uitdrukkelijk anders is vermeld op het polisblad bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 7.1 die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, die reeds bestonden op of voor de ingangsdatum van deze verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg.

- Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekeringnemer of de verzekerde de maatschappij van de bewuste kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de maatschappij daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen speciale voorwaarden heeft gesteld.
- 7.2 van huisapotheek en/of handverkoop.
 - 7.3 van malariaprofylaxe en vaccinaties, met uitzondering van de vaccinaties zoals genoemd in artikel 5.8.j en, mits de ziektekostenverzekering met uitgebreide dekking is verzekerd, de vaccinaties zoals genoemd in artikelen 6.8.c.4 en 6.8.c.5.
 - 7.4 van brillen, contactlenzen en gebitsprothesen. Indien de ziektekostenverzekering met uitgebreide dekking is verzekerd, geldt deze uitsluiting niet indien en voor zover het de gezichtshulpmiddelen uit het Reglement Hulpmiddelen betreft.
 - 7.5 van keuringen en attesten.
 - 7.6 van het ongedaan maken van een sterilisatie.
 - 7.7 voor de verschuldigde eigen bijdrage van de AWBZ.
 - 7.8 ontstaan door molest:
 - a. verband houdend met, veroorzaakt door of ontstaan uit deelname – anders dan ter bescherming van eigen leven of dat van lotgenoten – aan een van de onder artikel 1.14 genoemde evenementen;
 - b. indien verzekerde zich door handelingen of uitlatingen blootstelt aan enige strafmaatregel;
 - c. ten gevolge van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met terrorisme, dit in tegenstelling tot het in artikel 3.3 bepaalde.
 - 7.9 ontstaan door, dan wel verband houdend met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medische behandeling.
 - 7.10 indien, zo deze verzekering niet zou bestaan, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op een vergoeding, uitkering en/of hulpverlening op grond van een andere verzekering, wet of voorziening, al dan niet van oudere datum. Deze verzekering is dan pas in de laatste plaats geldig. In dat geval komt uitsluitend de schade voor vergoeding, uitkering en/of hulpverlening in aanmerking, die het bedrag te boven gaat waarop elders aanspraak gemaakt kan worden of gemaakt zou kunnen worden indien deze verzekering niet zou bestaan. Artikel 7:961 lid 1 BW is niet van toepassing.
 - 7.11 indien de maatschappij door verzekeringnemer, verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde opzettelijk wordt misleid door voor de beoordeling van de aanspraak voor de maatschappij van belang zijnde feiten en omstandigheden te verzwijgen en/of valse opgaven te verstrekken, tenzij de misleiding deze uitsluiting niet rechtvaardigt.
 - 7.12 van een schade die direct of indirect verband houdt met of veroorzaakt is door het door de verzekerde deelnemen aan of willens en wetens bijwonen van kaping, staking, opstand en/of terreurdaad.
 - 7.13 van een schade die direct of indirect verband houdt met of veroorzaakt is tijdens het (mede)plegen van een misdrijf door de verzekerde.
 - 7.14 indien de schade te wijten is aan opzet en/of bewuste of onbewuste roekeloosheid van de verzekerde of iemand die belang heeft bij de uitkering.
 - 7.15 indien door de verzekeringnemer, verzekerde of de tot de uitkering gerechtigde een verkeerde voorstelling van zaken

is gegeven of een onware opgave is gedaan en de maatschappij daardoor in haar belangen is geschaad. Indien de belangenschending niet zodanig is dat deze uitsluiting rechtvaardigt, zal de maatschappij de schade als gevolg van de verkeerde voorstelling van zaken of onware opgave van de verzekeringnemer, verzekerde of tot uitkering gerechtigde in mindering brengen op de eventuele uitkering dan wel, wanneer uitkering reeds heeft plaatsgevonden, verhalen op degene die de verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of de onware opgave heeft gedaan. Indien de verkeerde voorstelling van zaken is gegeven of een onware opgave is gedaan met de opzet de maatschappij te misleiden, bestaat nooit aanspraak op vergoeding van kosten.

Indien de **Ziektekostenverzekering met Standaarddekking** is gesloten, bestaat eveneens, voor zover niet uitdrukkelijk anders is vermeld op het polisblad, geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 7.16 van zwangerschap, bevalling en kraamzorg, alsmede de complicaties die hiermee verband houden of daaruit voortvloeien.
Echter niet uitgesloten zijn onvoorziene noodsituaties die acuut medisch ingrijpen noodzakelijk maken, voor zover hiervan volgens de medisch adviseur van de maatschappij sprake is.
- 7.17 van fertiliteitsbevorderende behandelingen, alsmede de complicaties die hiermee verband houden of daaruit voortvloeien.
- 7.18 van abortus provocatus, alsmede de complicaties die hiermee verband houden of daaruit voortvloeien.
- 7.19 van sterilisatie en – conform artikel 7.6 – het ongedaan maken daarvan, alsmede de complicaties die hiermee verband houden of daaruit voortvloeien.
- 7.20 van anticonceptionele middelen.
- 7.21 van behandelingen door een psycholoog en/of psychotherapeutische behandelingen.
- 7.22 van second opinion.
- 7.23 van preventieve geneeskunde, met inbegrip van jeugdgezondheidszorg zoals deze in Nederland verleend wordt door het consultatiebureau.
- 7.24 van erfelijkheidsonderzoek, alsmede de complicaties die hiermee verband houden of daaruit voortvloeien.
- 7.25 van hulpmiddelenzorg.
- 7.26 van alternatieve geneeswijzen.
- 7.27 van tandheelkundige behandelingen door tandarts of kaakchirurg, behalve ten gevolge van een ongeval.
- 7.28 van orthodontische behandelingen.

Artikel 8. Bepalingen inzake molest

Van "O.O.M." Onderlinge Molestverzekering-Maatschappij U.A.

8.1 Vorming van afdelingskassen

- a. Binnen de afdeling ziektekosten van de maatschappij worden voor ieder kalenderhalfjaar verschillende afdelingskassen gevormd, waaronder de afdelingskas genaamd Ziektekostenverzekering Global Care.
- b. De verdiende premies voor de molestdekking worden na aftrek van kosten gestort in deze afdelingskas.
- c. Ten laste van deze kas komen de kosten verbonden aan de schaderegeling en de schaden, die in de loop van het

kalenderhalfjaar zijn geleden, voor zover deze nog niet door enige overheid of door derden, al dan niet krachtens overeenkomst, zijn vergoed of redelijkerwijze te verwachten is, dat die kosten aldus vergoed zullen worden. Alle afdelingskassen tezamen worden zonodig per kalenderhalfjaar aangevuld met maximaal de helft van de aan het begin van het kalenderjaar aanwezige afdelingsreserve.

- d. Een overschot van de voor uitkeringen beschikbare gelden in het eerste of tweede kalenderhalfjaar wordt na het einde van dat kalenderjaar verdeeld onder de verzekeren aan wie in het andere kalenderhalfjaar vastgestelde aanspraken niet volledig zijn uitbetaald, tot het maximum van die vastgestelde aanspraken.
- e. De directie is, na goedkeuring van de raad van commissarissen, bevoegd een dotatie uit de algemene reserve aan enige halfjaarkas toe te voegen.
- f. Nadat aan alle aanspraken op uitkering zal zijn voldaan, worden op voorstel van de directie en na goedkeuring van de raad van commissarissen na afloop van het kalenderjaar eventuele overschotten van deze afdelingskas toegevoegd aan de afdelingsreserve en tot maximaal 10% aan de algemene reserve.

8.2 Uitbetaling van schade

- a. Na vaststelling van de grootte van de schade deelt de maatschappij schriftelijk aan de verzekeringnemer mee tot welk bedrag zijn maximale aanspraak op een uitkering uit de afdelingskas is erkend.
- b. Zo spoedig mogelijk na afloop van een kalenderhalfjaar wordt het totaal van de aanspraken vastgesteld en wordt tot uitbetaling overgegaan, onder aftrek van eventueel verleende voorschotten.
- c. Indien het totaal van aanspraken voor enig kalenderhalfjaar groter is dan het voor de desbetreffende afdelingskas beschikbare bedrag, zal een zo hoog mogelijk percentage van elk van de erkende schaden worden uitgekeerd, waarmee aan alle verplichtingen zal zijn voldaan.
- d. De totale uitkering zal in geen geval meer dan de erkende schade bedragen.
- e. Indien de maatschappij later kennis krijgt van vergoedingen, toegekend door enige overheid of derde, waarmee bij uitbetaling door haar geen rekening is gehouden, zal de maatschappij de gedane uitkering herzien en voor zover nodig terugvorderen.

Artikel 9. Uitbetaling van schade

9.1 Erkennen

Na ontvangst van een declaratie wordt eerst vastgesteld of, en in hoeverre de schade, voor vergoeding in aanmerking komt, onder andere rekening houdend met maximum vergoedingen. Voor dit bedrag wordt de schade erkend.

9.2 Uitbetalen

Uitbetaald wordt vervolgens het erkende bedrag onder aftrek van het eigen risico, indien en voor zover dit van toepassing is. De uitbetaling wordt, tenzij anders overeengekomen, in euro aan de verzekeringnemer overgemaakt.

9.3 Eigen risico

- a. Het eigen risico geldt per verzekerde per verzekeringsjaar – of, wanneer deze periode korter is, per verzekerde

periode – en is vermeld op het polisblad. Op de SOS-verzekering is geen eigen risico van toepassing.

- b. Wanneer de duur van een opname de grens van het verzekeringsjaar overschrijdt, zal op deze opname nooit meer dan het eigen risico geldend voor één verzekeringsjaar van toepassing zijn.

Artikel 10. Verplichtingen

10.1 Schademeldingsplicht / OOM Alarmcentrale

- a. Zodra verzekeringnemer/verzekerde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor de maatschappij tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan de maatschappij te melden.
- b. Dit betekent onder meer dat – voor zover dit is (mee) verzekerd – in geval van ziekenhuisopname, zwangerschap/bevalling, opsporing/redding, repatriëring/evacuatie of vervoer stoffelijk overschot, alsmede bij poliklinische behandelingen in de Verenigde Staten en/of Canada de verzekeringnemer/verzekerde verplicht is de maatschappij zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is hiervan in kennis te stellen.

1 Beroep op de OOM Alarmcentrale

Neem, mits (mee)verzekerde, in de volgende situaties altijd direct contact op met de

OOM Alarmcentrale

☎ +31 (0)70 353 21 35

- Opname in een ziekenhuis buiten Nederland
- Overlijden
- Repatriëring of noodzakelijke voortijdige terugkeer
- Zwangerschap en bevalling
- Poliklinische behandelingen in VS en Canada

2 Contact met de maatschappij

In andere gevallen kunt u contact opnemen met

OOM Verzekeringen

website: www.oomverzekeringen.nl

e-mail: info@oomverzekeringen.nl

fax: +31 (0)70 360 18 73

telefonisch: +31 (0)70 353 21 00

(tijdens kantooruren in NL)

- c. Overige gebeurtenissen die -op basis van de ziektekostenverzekering- tot een uitkeringsplicht kunnen leiden, hoeven niet gemeld te worden.

10.2 Schade-informatieplicht

- a. Verzekeringnemer/verzekerde is verplicht binnen redelijke termijn aan de maatschappij, haar geneeskundig adviseur of hen die met de controle zijn belast, alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor de maatschappij van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.
- b. Dit betekent onder meer dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd moeten worden dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden.

10.3 Medewerkingsplicht

- a. Verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zijn volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van de maatschappij zou kunnen schaden.

- b. Dit betekent onder meer dat hij verplicht is de maatschappij opgave te doen van alle hem bekende overige verzekeringen die ten tijde van de gebeurtenis dekking geven tegen schade die onder deze verzekering wordt geclaimd.
- c. Ook is hij verplicht de maatschappij behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal (regres) op een aansprakelijke derde.
- d. Tevens is verzekeringnemer/verzekerde verplicht zich te onthouden van het erkennen van aansprakelijkheid.

10.4 Sanctie bij niet nakomen verplichtingen

- a. Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer/verzekerde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de maatschappij in haar belangen heeft geschaad.
- b. Van een belangenschending is geen sprake bij een terechte erkenning van aansprakelijkheid of bij een erkenning van louter feiten.
- c. Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer/verzekerde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de maatschappij te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 11. Premiebetaling, -restitutie en schorsing

11.1 De verzekeringnemer is verplicht op de premieervaldatum de verschuldigde premie, met inbegrip van de kosten en indien van toepassing de assurantiebelasting, bij vooruitbetaling te voldoen.

11.2 Aanvangspremie

- a. Indien de verzekeringnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt, of weigert te betalen, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is vereist, geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden op of na de ingangs- dan wel wijzigingsdatum.
- b. Onder aanvangspremie wordt mede verstaan: de premie die de verzekeringnemer in verband met een tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

11.3 Vervolgpremie

- a. Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden op of na de premieervaldatum.
- b. Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat de maatschappij de verzekeringnemer na de premieervaldatum schriftelijk heeft aangeklaamd en betaling is uitgebleven.
- c. Onder vervolgpremie wordt mede verstaan: de premie die de verzekeringnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.

11.4 Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

11.5 De verzekeringnemer blijft gehouden de premie, alsmede de invorderingskosten, te voldoen.

11.6 De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringnemer verschuldigd – onder andere premie, assurantiebelasting en (invorderings)kosten – is, voor het geheel door de maatschappij is ontvangen. In geval van overeengekomen termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.

11.7 Indien de verzekeringnemer de premie verschuldigd op de eerste premieervaldag niet tijdig betaalt of weigert te betalen, alsmede indien de verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt of weigert te betalen, eindigt de verzekering door schriftelijke opzegging door de maatschappij. In geval van niet tijdige betaling van de vervolgpremie echter uitsluitend indien de maatschappij verzekeringnemer na het verstrijken van de premieervaldag vruchteloos tot betaling van de vervolgpremie heeft aangemaand. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het, behoudens in geval van opzet tot misleiding, niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief. De opzegging laat de schorsing van de verzekering op basis van de voorgaande bepalingen tot de datum waarop de verzekering eindigt, onverlet.

11.8 Behalve bij opzegging wegens de opzet de maatschappij te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid gerestitueerd.

Artikel 12. Grondslag van de verzekering

12.1 Het aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of de verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken.

12.2 a. Indien de verzekeringnemer niet heeft voldaan aan zijn mededelingsplicht als bedoeld in artikel 7:928 BW en daarbij heeft gehandeld met de opzet de maatschappij te misleiden of wanneer de maatschappij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, is de maatschappij bevoegd binnen twee maanden na ontdekking de verzekering te beëindigen op een door de maatschappij te bepalen tijdstip zonder inachtneming van een opzegtermijn.

b. De verzekeringnemer kan de verzekering met onmiddellijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de maatschappij een beroep op het niet nakomen van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst heeft gedaan, daaronder begrepen de situatie waarbij de maatschappij zich bij verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. De verzekeringnemer kan de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

12.3 De maatschappij kan bij niet-nakoming door de verzekeringnemer van zijn mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst aan de verzekeringnemer een

voorstel doen de verzekeringsovereenkomst tegen gewijzigde voorwaarden voort te zetten. Het recht op uitkering wordt beoordeeld aan de hand van artikel 7:930 BW.

Artikel 13. Duur en einde van de verzekering

13.1 Langlopende verzekeringen

De verzekering is aangegaan voor onbepaalde duur.

13.2 Kortlopende verzekeringen

- a. De verzekering is aangegaan voor de periode zoals op het polisblad is vermeld. De verzekeringsduur is maximaal 2 jaar.
- b. Het is niet mogelijk de verzekering te verlengen, maar er kan wel een nieuwe verzekering worden aangevraagd. Dan dient daarvoor een aanvraagformulier bij de maatschappij te worden ingediend. Na acceptatie van de verzekering door de maatschappij zal een nieuwe verzekeringsovereenkomst worden gesloten waarbij de in artikel 7.1 vermelde uitsluiting geldt voor bestaande kwalen en klachten op of voor de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.
- c. In uitzondering op het in sub b bepaalde kan de verzekering éénmalig verlengd worden voor een periode van maximaal 30 dagen, waarbij de in artikel 7.1 vermelde uitsluiting geldt voor bestaande kwalen en klachten op of voor de wijzigingsdatum. De totale verzekeringsduur, met inbegrip van de verlengde periode, kan nooit langer zijn dan de maximale verzekeringsduur.

13.3 Opzeggen door verzekeringnemer

Verzekeringnemer kan zowel de kort- als de langlopende verzekering op elk moment opzeggen. De verzekering wordt dan beëindigd per de datum waarop de schriftelijke opzegging door de maatschappij is ontvangen, of op een door de verzekeringnemer opgegeven latere datum. In geen geval wordt de verzekering met terugwerkende kracht beëindigd.

13.4 Beëindiging door de maatschappij

- a. Nadrukkelijk wordt bepaald dat de maatschappij niet het recht heeft de verzekering tussentijds te beëindigen, behoudens door een schriftelijke opzegging door de maatschappij op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikelen 11 (Premiebetaling, -restitutie en schorsing), 12 (Grondslag van de Verzekering), 18 (Fraude), alsmede in het geval als bepaald in lid b van dit artikel.
- b. De maatschappij heeft het recht de verzekering onmiddellijk eenzijdig te beëindigen ingeval verzekeringnemer en/of verzekerde zich jegens de maatschappij schuldig maakt/maken aan (een poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijven (zoals dwang en bedreiging). In die gevallen zal de verzekering met inbegrip van de eventuele aanvullende verzekeringen worden beëindigd met ingang van de dag waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden of op een andere door de maatschappij te bepalen datum.

Artikel 14. Herziening van de premie en/of de voorwaarden

- 14.1 De maatschappij heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij haar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum.
- 14.2 De maatschappij doet van de voorgenomen herziening mededeling aan de verzekeringnemer.
- 14.3 De verzekeringnemer heeft het recht niet akkoord te gaan met een herziening die een vermindering van de dekking dan wel een verhoging van de premie tot gevolg heeft. Indien de verzekeringnemer dit binnen 1 maand na de in lid 1 genoemde datum aan de maatschappij heeft medegedeeld, eindigt de verzekering per de in lid 1 genoemde datum, met restitutie van premie over de niet verstrekte periode waarover de premie is betaald.
- 14.4 Heeft de maatschappij binnen de genoemde periode van 1 maand na de in lid 1 genoemde datum geen mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 15. Wijziging van het risico

- 15.1 Iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst dient ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 1 maand na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de maatschappij te worden meegedeeld. Indien de verzekeringnemer het hierboven bepaalde nalaat, vervalt het recht op eventuele terugvordering van premie, evenals het recht op een eventuele schade-uitkering, dit laatste behoudens in het geval de wijziging dit niet rechtvaardigt.
- 15.2 Verzekeringnemer is verplicht een adreswijziging zo spoedig mogelijk schriftelijk aan de maatschappij mee te delen. Kennisgevingen door de maatschappij aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het haar laatst bekende adres.
- 15.3 Verzekeringnemer is verplicht zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 1 maand, kennis te geven van gezinuitbreiding onder vermelding van naam (namen) en geboortedatum (-data) van de betreffende persoon (personen).

Artikel 16. Kinderen

Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering van (een van) de ouders gelden, mits zij binnen 1 maand na hun geboorte aan de maatschappij zijn voorgedragen en zolang (een van) de ouders verzekerd is bij de maatschappij, de volgende bepalingen:

- 16.1 de verzekering is vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen;
- 16.2 indien deze kinderen voor borstvoeding met de moeder in het ziekenhuis verblijf moeten houden, zullen de daaraan verbonden kosten overeenkomstig het tarief voor gezonde zuigelingen worden vergoed zolang de maatschappij voor de moeder de vergoeding van de verpleegkosten verschuldigd is;

16.3 er bestaat voor de maatschappij geen acceptatieplicht voor geadopteerde kinderen.

Artikel 17. Persoonsgegevens

- 17.1 a. Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, voor het uitvoeren van marketingactiviteiten, ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.
- b. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing.
- c. Voor zorg- en ziektekostenverzekeraars is tevens het "Addendum Zorgverzekeraars" van toepassing.
- 17.2 In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de maatschappij de gegevens van verzekeringnemer en/of verzekerde(n) raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.
- 17.3 Een consumentenbrochure van de Gedragscode kan opgevraagd worden bij de maatschappij. De volledige teksten van de Gedragscode en van het Addendum kunnen geraadpleegd worden via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. De Gedragscode en het Addendum kunnen ook opgevraagd worden bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon +31 (0)70 333 85 00).

Artikel 18. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:

- 18.1 in het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
- 18.2 aangifte wordt gedaan bij de politie;
- 18.3 alle verzekering(en) waarbij de fraudeur als verzekeringnemer en/of als verzekerde is betrokken, wordt/worden beëindigd. Dit geldt voor de verzekeringen die afgesloten zijn bij OOM Global Care N.V., alsmede bij OOM Schadeverzekering N.V. en "O.O.M." Onderlinge Molestverzekering-Maatschappij U.A. Indien sprake is van een tussentijdse opzegging zal de lopende premie overeenkomstig artikel 11.8 niet worden gerestitueerd;
- 18.4 er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;

OOM Verzekeringen

Postbus 3036
2280 GA Rijswijk, Nederland
Telefoon +31 (0)70 353 21 00
Fax +31 (0)70 360 18 73
E-mail info@oomverzekeringen.nl
www.oomverzekeringen.nl

18.5 eventueel uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

Artikel 19. Klachten en geschillen

- 19.1 Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.
- 19.2 Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen schriftelijk worden ingediend bij de directie van de maatschappij.
- 19.3 a. Wanneer het oordeel van OOM Global Care N.V. (ziektekosten/SOS-dekking) voor hen niet bevredigend is, kunnen particulieren zich wenden tot
**Stichting Klachten en Geschillen
Zorgverzekeringen (SKGZ)**
Postbus 291
3700 AG Zeist
Tel. +31 (0)30 698 83 60
www.skgz.nl
- b. Wanneer het oordeel van "O.O.M." Onderlinge Molestverzekering-Maatschappij U.A. (molestdekking) voor hen niet bevredigend is, kunnen particulieren zich wenden tot
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid)
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Tel. +31 (0)70 333 89 99
www.kifid.nl
- c. Wanneer zij geen gebruik willen maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend vinden, kunnen zij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter te Den Haag tenzij anders overeengekomen of bepaald.
- 19.4 Niet-particulieren kunnen zich niet wenden tot SKGZ of Kifid. Zij kunnen het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter te Den Haag.
- 19.5 Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen klachten indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door de maatschappij gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.
- 19.6 De uitgebreide "Klachten- en geschillenregeling OOM Verzekeringen" kan geraadpleegd en gedownload worden via www.oomverzekeringen.nl of opgevraagd worden bij de maatschappij.

De handelsnaam OOM Verzekeringen wordt gebruikt door OOM Holding N.V., OOM Global Care N.V., OOM Schadeverzekering N.V. en "O.O.M." Onderlinge Molestverzekering-Maatschappij U.A., alle statutair gevestigd te Den Haag en kantoorhoudend te Rijswijk en ingeschreven bij de K.v.K. Den Haag onder de nummers 27194193, 27111654, 27155593 en 27117235.