

Overeenkomst PNO Ziektekosten Internationaal 2012

INHOUDSOPGAVE

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

2. GRONDSLAG VAN DE (AANVULLENDE) VERZEKERING(EN)

Artikel 2

3. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

Artikel 3

4. OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 4 Verzwijging en fraude

Artikel 5 Betalingsverplichtingen

Artikel 6 Melding relevante gebeurtenissen

Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden

Artikel 8 Begin en einde van de (aanvullende) verzekering(en)

Artikel 9 Geschillen

Artikel 10 Registratie van persoonsgegevens

Artikel 11 Uitsluitingen

Artikel 12 Materieel controleren

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

Aanvullende verzekering

PNO Ziektekosten Internationaal aanvullende verzekering en PNO Ziektekosten Internationaal tandartsverzekering.

Alternatieve geneeswijzen

Door de reguliere geneeskunde niet erkende behandelingen of onderzoeksmethoden gericht op genezing of behandeling van een ziekte. Het bewijs van de werkzaamheid ontbreekt volgens de reguliere geneeskunde.

Antroposofisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt en waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat wordt toegepast binnen de antroposofische geneeskunde.

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Behandelaar

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door de zorgverzekeraar voor de verleende zorg erkende beroepsorganisatie. Een overzicht van deze beroepsorganisaties kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl. De beroepsgroep dient de zorg als gebruikelijk te aanvaarden. De officiële of de binnen een beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven bepalen het uit te keren bedrag. Normtarieven van een beroepsorganisatie zijn leidend.

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

DBC-zorgproduct

De nieuwe naam voor een DBC voor medisch-specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft door een code het gemiddelde van alle voorkomende onderzoeken en behandelingen voor een zorgvraag over een bepaalde periode.

Eerstelijns psychologische zorg

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is niet nodig.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat in één van de productgroepen geregistreerd is in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

Homeopathisch geneesmiddel (geregistreerd)

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt en waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat door hen als homeopathisch geneesmiddel is aangemerkt.

Medisch adviseur

Een arts die de zorgverzekeraar in medische zaken adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging als de wetenschap dit voldoende beproefd en deugdelijk vindt en de zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch is.

Niet geneesmiddel

Middel dat niet onder de Geneesmiddelenwet valt en is opgenomen in de productgroep Niet Geneesmiddel (NG) van de Z-index Taxe. Buiten Nederland zijn dit overeenkomstige geneesmiddelen.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

Onvoorzienne behandeling

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch-specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

Physician assistant

Een verpleegkundige of paramedicus geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant werkt onder supervisie van een medisch-specialist en voert bepaalde routinematige taken van artsen zelfstandig uit, zoals het verrichten van endoscopieën, catheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen.

(Premie)vervaldag

De dag waarop een premie, eigen risico, eigen bijdrage etc. aan de zorgverzekeraar verschuldigd is.

Preventief medisch onderzoek

Preventieve behandelingen of onderzoeken door een medisch-specialist of huisarts, behalve onderzoek volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

U

De verzekerde(n) ten behoeve van wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde

Een op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekering

De PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Woonland

Het land waar u uw woonplaats heeft.

Ziekenvervoer

Vervoer dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling.

Zorgverzekeraar

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., gevestigd aan De Molen 66 te Houten.

Zorgverzekering

Een tussen de verzekeringnemer en een verzekeraar gesloten verzekering voor geneeskundige zorg - ten behoeve van een verzekeringsplichtige - volgens de Zorgverzekeringswet.

2. GRONDSLAG VAN DE (AANVULLENDE) VERZEKERING(EN)

Artikel 2

- lid 1 De verzekering en eventuele aanvullende verzekering(en) zijn gebaseerd op het ingevulde aanvraagformulier en gegevens die door u of de verzekeringnemer afzonderlijk zijn verstrekt.
- lid 2 U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 3 U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct voor zorg in Nederland, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de verzekering ligt.
- lid 4 U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn op de verzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een overeenkomst tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichtingen tegenover u voldaan. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor u voor.
- lid 5 De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgesloten verrekenen met volgende uitkeringen op uw verzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.
- lid 6 Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is op de verzekering, wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

3. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

Artikel 3

- lid 1 U bent verplicht:
1. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname of behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 2. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of degene belast met de controle, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 3. de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.
- lid 2 U moet de originele nota's indienen in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de zorgverzekeraar. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Het is echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwikkelen. Als de nota in een andere dan een bovengenoemde taal is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling - eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau - op uw kosten.

lid 3 Als de zorgverzekeraar een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet originele nota - bijvoorbeeld een scan, foto of fax - dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat lopen vanaf het moment van het indienen van de declaratie. De zorgverzekeraar kan het origineel bij u opvragen tot bedoelde termijn is verlopen.

lid 4 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

4. OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 4 Verzwijging en fraude

lid 1 Als met kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering was gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is ook het geval als is gehandeld om de zorgverzekeraar te misleiden bij het sluiten van de verzekering. Als bij het sluiten van een (aanvullende) verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een (aanvullende) verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.

lid 2 De zorgverzekeraar kan onderzoek doen bij een vermoeden van fraude.

lid 3 Kosten, die zijn ontstaan door het geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het indienen van misleidende stukken, vordert de zorgverzekeraar terug. Dit geldt ook voor onderzoekskosten.

lid 4 De zorgverzekeraar heeft het recht om per de datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven of misleidende stukken zijn ingediend, de verzekering te beëindigen.

In voorkomende gevallen kan de zorgverzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. persoonsgegevens van u of de verzekeringnemer registreren
 - in haar interne signaleringssysteem, en
 - bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, en
 - in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.

Artikel 5 Betalingsverplichtingen

lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de (aanvullende) verzekering(en) verschuldigd. De verzekeringnemer dient de premie en de in lid 4 bedoelde toeslag op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.

lid 2 Als de verzekeringnemer niet -tijdig- de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet betalen binnen de gestelde termijn de (aanvullende) verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle redelijke kosten daarvan - al dan niet via een rechtszaak - voor rekening van de verzekeringnemer.

lid 3 Als in het land waar u of de verzekeringnemer woont een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de zorgverzekeraar een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.

- lid 4 Niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen die als gevolg van rechtstreekse betaling aan een zorgverlener zijn voorgeschoten, moet de verzekeringnemer terugbetalen.
- lid 5 De zorgverzekeraar kan een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening brengen op de premie. De hoogte van de toeslag is vermeld op de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de verzekering.
- lid 6 Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet - tijdig - betaalt, kan de zorgverzekeraar de termijn wijzigen in een maand.

Artikel 6 Melding relevante gebeurtenissen

Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de (aanvullende) verzekering(en) van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het laatst bekende adres.

Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de (aanvullende) verzekering(en) voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt u schriftelijk op de hoogte van een wijziging.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de (aanvullende) verzekering(en) per de wijzigingsdatum beëindigen. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de (aanvullende) verzekering(en) door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitskorting op de (aanvullende) verzekering(en) vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De (aanvullende) verzekering(en) loopt dan door op individuele voorwaarden.
- lid 4 Als bepalingen van de collectieve verzekeringsovereenkomst in strijd zijn met die van een (aanvullende) verzekering gaat de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst voor.

Artikel 8 Begin en einde van de (aanvullende) verzekering(en)

- lid 1 De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de (aanvullende) verzekering(en) heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn. De ingangsdatum is op het polisblad vermeld.
- Vanaf 1 januari daarop volgend vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.
- lid 2 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de (aanvullende) verzekering(en) te beëindigen, tenzij sprake is van verzwijging of fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 5 lid 2).
- lid 3 Als de (aanvullende) verzekering(en) ingaat binnen één maand nadat de vorige verzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, is de ingangsdatum de dag waarop de vorige verzekering is geëindigd.
- lid 4 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering(en) voor een verzekerde te beëindigen met ingang van de dag waarop die verzekerde zorgverzekeringsplichtig wordt volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 9 Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u of de verzekeringnemer het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kan één van hen de zorgverzekeraar verzoeken om heroverweging. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of de verzekeringnemer een geschil over de verzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 030 698 83 60
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

- lid 4 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 0900 770 70 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Artikel 10 Registratie van persoonsgegevens

De zorgverzekeraar neemt persoonsgegevens op in haar persoonsregistratie. De zorgverzekeraar gebruikt ze voor het sluiten en uitvoeren van de verzekering, voor het bestrijden van fraude en voor statistische analyses. Ook gebruikt de zorgverzekeraar persoonsgegevens om u of de verzekeringnemer te informeren over verzekeringen en zorgdiensten van de zorgverzekeraar, voor toezending van het gezondheidsbulletin of om u te informeren en adviseren. De zorgverzekeraar verstrekt voor de uitvoering van de verzekering persoonsgegevens aan derden. Daarbij neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens in acht. De zorgverzekeraar schernt adresgegevens af als dat geboden is. De zorgverzekeraar moet het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie opnemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 11 Uitsluitingen

- lid 1 De verzekering biedt geen dekking voor kosten van:
1. eigen bijdragen volgens de AWBZ en in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties;
 3. griepvaccinatie;
 4. alternatieve geneeswijzen;
 5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
 6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, tenzij u hiervoor een medische indicatie heeft;
 7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
 8. niet nagekomen afspraken;
 9. incasso - al of niet via een rechtszaak - als u een nota niet - tijdig - betaalt aan een zorgverlener;
 10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht;
 11. zorg, waarop u of de verzekeringnemer - als deze verzekering niet bestond - aanspraak kunt maken volgens een wettelijke regeling of een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum;
 12. consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij de zorgverzekeraar hiervoor toestemming heeft verleend.
- lid 2 De aanvullende verzekeringen bieden, naast het in lid 1 onder 8 t/m 12 vermelde, geen dekking voor kosten van:
1. eigen bijdragen volgens een (buitenlandse) wettelijke regeling die niet in deel B als dekking zijn omschreven;
 2. zorg die niet vergoed wordt op een natura zorgverzekering (of een variant met een naturadekking) als een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener de zorg naar verwachting tijdig kan verlenen en er is gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- lid 3 Voor verzekerden die Nederlands ingezetene zijn, geldt het volgende.
Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de zorgverzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de zorgverzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de zorgverzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.
- Voor verzekerden die geen Nederlands ingezetene zijn, zijn de kosten van schade door terrorisme uitgesloten van de dekking van de (aanvullende) verzekering.
- Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

Artikel 12 Materieel controleren

De zorgverzekeraar heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.