

Voorwaarden Ditzo Pechvogelhulp Plus 2022

Geldend vanaf 1 januari 2022



Voorwaarden Ditzo Pechvogelhulp Plus 2022

Wat is de Pechvogelhulp Plus?

Met de Pechvogelhulp Plus van Ditzo ben je gedekt voor extra medische kosten na een ongeval in de hele wereld tot € 12.500. Het gaat om kosten die je basisverzekering of aanvullende verzekering niet vergoeden. Ook heb je recht op een uitkering tot € 12.500 bij overlijden na een ongeval.

Voor wie is de Pechvogelhulp Plus?

De Pechvogelhulp Plus geldt als je deze hebt afgesloten. De Pechvogelhulp Plus geldt ook voor meeverzekerde kinderen op de polis.

Dekking

- Tot € 12.500 vergoeding van zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar per verzekerde voor alle zorgsoorten tezamen.
- Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- € 12.500 uitkering bij overlijden na een ongeval.
- Als in het kalenderjaar van het ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) jaar recht heeft op de Ditzo Pechvogelhulp Plus.

Wat is een ongeval?

Een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis, waarbij de inwerking van een externe oorzaak leidt tot fysiek letsel en waarbij geen sprake is van opzettelijk geweld of voedselvergiftiging. Bijvoorbeeld een val.

Het letsel moet objectief vastgesteld kunnen worden door een arts en in verband gebracht kunnen worden met het ongeval. Als wij hierover twijfelen kunnen wij jou vragen aanvullende informatie dat dit verklaart toe te sturen.

Het eten, kauwen en drinken van etenswaren, waaronder snoep, zoetwaren en noten, wordt niet als een ongeval beschouwd. Gebitsschade die daardoor is ontstaan of verergerd is uitgesloten van de dekking. Ook voorvallen waarbij je vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder het begrip ongeval. Denk daarbij aan het openen van een fles met je tanden, het kauwen of bijten op harde voorwerpen, het niet dragen van gebitsbescherming bij sporten waar dat wel nodig is en schade aan het gebit door een ziekte.

Wij vergoeden alleen de kosten tot herstel van de schade tot een conditie en functie die vergelijkbaar is met de conditie en functie zoals deze voorafgaand aan het ongeluk is. Er is geen aanspraak op een verbetering van deze conditie en functie. Bijvoorbeeld: als je gebitsschade hebt opgelopen, maar al een aantal tanden mist, dan vergoeden wij de vervanging van tanden die je al miste niet.

Onder een ongeval vallen ook de volgende gebeurtenissen:

- Je krijgt ongewild een stof of voorwerp binnen waardoor je inwendig letsel of een vergiftiging oploopt. Allergenen of ziektekiemen horen niet bij de stoffen die we bedoelen.
- Je raakt besmet of vergiftigd door een onvrijwillige val in water of een andere vaste of vloeibare stof. Of je gaat er zelf in om jezelf, een andere persoon, of een dier te redden.
- Je loopt letsel op door bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonnesteek, hitteberoerte, blikseminslag, elektrische ontladingen of bijtende stoffen.
- Je loopt letsel op na een ramp. Bijvoorbeeld letsel door verhongering, dorst, uitputting of als je geïsoleerd raakt door een lawine.

- Je scheurt spieren of bindweefsel, of je loopt een verstuiking of een ontwrichting op.
- Je krijgt complicaties of je letsel verergert door de eerste hulp die je krijgt na een ongeval, of door een noodzakelijke behandeling die je na het ongeval krijgt (op voorschrift) van een bevoegde arts.
- Je krijgt een wondinfectie of bloedvergiftiging door letsel dat je oploopt door het ongeval.
- Je raakt tijdens een behandeling in een ziekenhuis besmet met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald. De behandeling moet voorgeschreven en uitgevoerd worden door een bevoegde arts of verpleegkundige, en plaatsvinden in een ziekenhuis dat door bevoegde instanties erkend wordt.

Aan wie betalen we?

Gaat het om zorgkosten door een ongeval van jezelf? Dan keren wij uit aan jou.

Bij je overlijden na een ongeval keren wij uit aan je partner. Is er geen partner? Dan keren we uit aan je kinderen. Zijn die er niet?

Dan keren we uit aan je overige (wettelijke) erfgenamen. Zijn er geen (wettelijke) erfgenamen? Dan keren wij niet uit.

Welke zorgsoorten vergoeden wij na een ongeval?

Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening

Wat krijg je vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Behandeling en screening wordt uitgevoerd door een door ons gecontracteerde (psychosomatische) fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
- Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij tot maximaal het marktconforme tarief.
- Behandeling moet medisch doelmatig zijn.

Toelichting:

- Als je aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed op de basisverzekering. Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders kan je vinden op www.ditzo.nl.
- Er zijn aandoeningen waarvoor een aantal behandelingen direct vergoed worden op de basisverzekering. Zie voor deze aandoeningen de voorwaarden van de basisverzekering.
- Op de vergoeding vanuit de basisverzekering kan eigen risico van toepassing zijn.

Tandartskosten

Wat krijg je vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Je wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist.
- Wij vergoeden geen:
 - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden.
 - Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts.

Toelichting:

- Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven vind je op www.allesoverhetgebit.nl.

Gezinshulp

Wat krijg je vergoed?

€ 20 per uur voor kinderen tot 14 jaar

Voorwaarden:

- Als je partner door een ongeval de zorgtaak van kind(eren) niet op zich kan nemen, heb je recht op gezinshulp.
- Als je alleen de zorg hebt voor je kind(eren) en door een ongeval deze taak niet op je kan nemen, heb je recht op gezinshulp.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin je jongste kind 14 jaar wordt. Hij of zij moet bij ook bij ons verzekerd zijn.
- De gezinshulp leverende organisatie of persoon moet beschikken over een AGB code.

Extra kinderopvang bij opname ouder(s) in het ziekenhuis

Wat krijg je vergoed?

€ 40 per dag voor kinderen tot 14 jaar

Voorwaarden:

- Bij een ziekenhuisopname van jezelf of van je partner die ook bij ons verzekerd is.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin je jongste kind 14 jaar wordt. Hij of zij moet ook bij ons verzekerd zijn.
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang vanwege de ziekenhuisopname.
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang door een kinderdagverblijf.
- Je zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen.
- Wij ontvangen een originele nota met daarop het KvK-nummer van het kinderdagverblijf.
- Wij vergoeden geen:
 - Reguliere kinderopvang.
 - Kinderopvang door familie, vrienden of andere kinderopvang.

Vervangende mantelzorg

Wat krijg je vergoed?

100% via Handen in Huis

Voorwaarden:

- Vergoeding van de kosten voor vervangende zorg voor de verzekerde die zorg nodig heeft als de vaste mantelzorgers door een ongeval de zorgtaak niet op zich kunnen nemen.
- Je krijgt de zorg geleverd door Handen in Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik). Zij beoordelen of je in aanmerking komt voor deze zorg.

Toelichting:

- Meer informatie vind je op www.handeninhuis.nl.

Taxivervoer of eigen vervoer van en naar het ziekenhuis

Wat krijg je vergoed?

100%, maximaal € 0,70 per kilometer voor taxivervoer of € 0,32 per kilometer voor eigen vervoer

Voorwaarden:

- Taxivervoer of eigen vervoer van en naar een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek als je om medische redenen geen auto kan rijden of met het openbaar vervoer kan gaan. Je zorgt voor een afsprakenoverzicht van het ziekenhuis of revalidatiekliniek.
- Taxivervoer of eigen vervoer van inwonende kinderen voor bezoek aan ouder(s) in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek. Je zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen.
- Taxivervoer of eigen vervoer van de ouder(s) aan het meeverzekerde kind dat is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek. Je zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden per gezin per dag 1x de heenreis en 1x de terugreis over de snelst gebruikelijke route. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps.
- Wij vergoeden geen:
 - Reiskosten bij een opname in verband met geestelijke gezondheidszorg.

Eenvoudige loophulpmiddelen

Wat krijg je vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Voor een rollator betalen wij alleen de huur tot een maximum van € 4 per dag.

Uitkering overlijden als gevolg van een ongeval

Wat krijg je vergoed?

€ 12.500

Welke zorgsoorten vergoeden wij niet?

- Je eigen risico

Welke ongevallen vergoeden wij niet?

Deze dekking geldt niet voor ongevallen die ontstaan zijn:

1. terwijl je alcohol, geneesmiddelen of drugs gebruikt

Je bent niet verzekerd:

- als je op het moment van het ongeval onder invloed bent van drugs;
- als je op het moment van het ongeval onder invloed bent van geneesmiddelen, die je op een andere manier gebruikt dan jouw arts of apotheek heeft voorgeschreven, of waarvan in de bijsluiting staat dat ze het reactievermogen verminderen;
- als op het moment van het ongeval sprake is van overmatig alcoholgebruik.

Met overmatig alcoholgebruik bedoelen wij:

- een bloed-alcoholgehalte van 0,8 promille of hoger;
- een adem-alcoholgehalte van 352 microgram of hoger.

Je bent wel verzekerd als je kunt aantonen dat je die middelen hebt binnengekregen zonder dat je daar iets van wist, of dat het tegen je wil gebeurde en dat je niets te verwijten valt.

2. terwijl je geen (geldig) rijbewijs of vaarbewijs hebt

Ben je op het moment van het ongeval de bestuurder of schipper van een motorrijtuig of boot? Dan ben je niet verzekerd als je geen wettelijk rijbewijs of vaarbewijs voor het motorrijtuig of de boot hebt.

Je bent wel verzekerd:

- als je vergeten bent je rijbewijs of vaarbewijs op tijd te laten vernieuwen. Maar dan mag je rijbewijs of vaarbewijs niet langer dan 1 jaar verlopen zijn;
- als je minder dan 2 maanden voor het ongeval je rijbewijs of vaarbewijs hebt gehaald, maar het rijbewijs of vaarbewijs nog niet hebt ontvangen;
- als je het motorrijtuig of de boot onder toezicht bestuurt. Jij en de toezichthouder moeten zich dan wel houden aan de regels die daarover in de wet staan. En je mag de toezichthouder niet betalen;
- als je rijbewijs of vaarbewijs is gestolen of als je het verloren hebt.

3. terwijl je geen helm draagt

Rij je op het moment van het ongeval als bestuurder of passagier op een motorrijtuig? Dan ben je niet verzekerd als je geen wettelijk verplichte helm draagt.

Overlijdt je door het ongeval? Dan moeten je erfgenamen of je begunstigde aantonen dat je overlijden niet komt doordat je geen helm droeg.

4. tijdens gevaarlijke sporten anders dan wintersporten

Je bent niet verzekerd voor een ongeval dat je overkomt bij het beoefenen van de volgende sporten:

- vechtsporten en verdedigingsporten;
- rugby;
- wielervedstrijden;
- snelheidswedstrijden op of met een paard. Hiermee bedoelen wij ook springwedstrijden;
- bungeejumping, abseilen of catapulting zonder deskundige begeleiding;
- survivaltochten zonder deskundige begeleiding.

Met abseilen bedoelen wij met grote snelheid en van grote hoogte afdalen met behulp van touwen en katrollen, bijvoorbeeld langs bergwanden.

Met bungeejumping bedoelen wij van grote hoogte naar beneden springen (bijvoorbeeld vanaf een brug) met een elastiek aan de enkels.

Met catapulting bedoelen wij weggeschoten worden op grote hoogte met elastiek aan de benen.

Met een survivaltocht bedoelen wij een tocht door de vrije natuur met verschillende obstakels. Met een survivaltocht bedoelen wij ook een gletsjertocht.

5. tijdens gevaarlijke wintersporten

Je bent niet verzekerd voor een ongeval dat je overkomt bij het beoefenen van de volgende wintersporten:

- ijshockey;
- gletsjertochten zonder deskundige begeleiding;
- (freestyle) skispringen;

- speedskiën;
- skiën of snowboarden zonder deskundige begeleiding buiten de gebieden die daarvoor voor het publiek zijn aangewezen (offpiste);
- wintersportwedstrijden. Voor Gästerennen en Wisbiwedstrijden ben je wel verzekerd.

6. door een jonge bestuurder motor of bromfiets

Je bent niet verzekerd als je op het moment van het ongeval:

- jonger bent dan 23 jaar, en een motor of bromfiets bestuurt met een cilinderinhoud van meer dan 50 cc.

7. door een luchtvaartuig

Je bent niet verzekerd voor een ongeval dat ontstaat als je gebruikmaakt van een luchtvaartuig. Daarmee bedoelen wij bijvoorbeeld een vliegtuig, luchtballon, parachute of deltavlieger.

Je bent wel verzekerd als je passagier bent van een luchtvaartuig dat gebruikt wordt voor openbaar personenvervoer.

8. door varen op zee

Je bent niet verzekerd tijdens varen op zee:

- tijdens een wedstrijd;
- tijdens solovaren;
- tijdens varen met een boot die niet geschikt of uitgerust is voor de zeevaart.

9. tijdens wedstrijdrijden of wedstrijdvaren

Je bent niet verzekerd tijdens de deelname aan of de voorbereiding van snelheidsritten en snelheidswedstrijden met motorrijtuigen en boten.

Je bent wel verzekerd tijdens betrouwbaarheidsritten en puzzelritten, waarbij snelheid geen rol speelt.

10. tijdens zelfdoding of poging tot zelfdoding

Je bent niet verzekerd voor de gevolgen van zelfdoding of een poging tot zelfdoding.

Wat als er sprake is van opzet of roekeloosheid?

Je bent niet verzekerd voor een ongeval dat ontstaat door opzet of roekeloosheid. Ook als je je niet bewust was van je roekeloosheid.

Is een ongeval veroorzaakt door een persoon die in jouw opdracht of met jouw goedkeuring handelde? En is het ongeval het gevolg van zijn opzet of roekeloosheid? Ook dan krijg je geen uitkering.

Het ongeval melden

Je geeft ons alle informatie die wij nodig hebben om te beoordelen of je recht hebt op een uitkering, en zo ja: op welk bedrag. Als je door een ongeval overlijdt, moeten je erfgenamen ons dat zo snel mogelijk melden. In ieder geval binnen drie jaren na de overlijdensdatum.

Stuur originele bewijsstukken, gegevens en documenten zo snel mogelijk naar ons of naar de deskundige(n) die we hebben ingeschakeld. Als je overlijdt geldt dit voor je erfgenamen.

Je bent verplicht om bij het melden van het ongeval de juiste gegevens te verstrekken. Als je overlijdt geldt dit voor je erfgenamen.

Algemene voorwaarden

Wanneer vergoeden we niet?

- Als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven. Bijvoorbeeld bij de aanvang van je verzekering, bij het declareren van een nota of als je een belangrijke wijziging niet hebt doorgegeven.
- Als je zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van ouder datum al worden vergoed of op een andere verzekering gedekt zou zijn als deze verzekering niet bestond. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als je niet meer in aanmerking komt voor een andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen.
- Als je volgens de Wlz recht hebt op een vergoeding.
- Je hebt alleen recht op een vergoeding als je de zorg krijgt in de periode waarin je bij ons verzekerd bent.
- Zorgkosten die je hebt gemaakt in de periode dat je nog niet bij ons verzekerd was, vergoeden we niet. We kijken hierbij naar de datum van behandeling of verstrekking van het hulpmiddel.
- Consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde vergoeden we niet, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend.

We vergoeden ook niet:

- De eigen bijdragen voor de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken.
- Behandelingen die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken.
- Kosten van:
 - Celtherapie.
 - Een niet nagekomen afspraak.
 - Keuringen en verklaringen.
 - Fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut.
 - Kosten die zijn veroorzaakt of verband houden met molest of atoomkernreacties.

Wat vergoeden we als je schade hebt door terrorisme?

In je basisverzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (NHT). Lees hier meer over in de Clausule Terrorismedekking.

Waar is je verzekering op gebaseerd?

Je verzekering sluiten wij voor je af op basis van de gegevens die je ons verstrekt. Je bent verplicht om alle vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor de informatie die je ons geeft over iemand die je wilt meeverzekeren.

Sanctiewet

Wij kunnen een aanvraag voor een aanvullende verzekering weigeren op grond van de Sanctiewet 1977. De Sanctiewet 1977 stelt wettelijke eisen aan (financiële) instellingen om hun integriteit te waarborgen en zo ongewenste handel, witwassen en terrorisme te bestrijden.

De Sanctiewet 1977 kun je terugvinden op <https://wetten.overheid.nl>.

Wanneer begint je Pechvogelhulp Plus?

- De verzekering gaat voorlopig in op de datum dat we je aanvraag hebben ontvangen en gaat definitief in als we je aanvraag hebben geaccepteerd. De ingangsdatum van je polis staat op je polisblad die je via Mijn Ditzo kunt inzien.
- Je hebt 14 dagen bedenktijd zodra je de verzekering afsluit. In die periode kun je, zonder enige verplichting, de verzekering ongedaan maken. De premie die je dan al hebt betaald, betalen we je volledig terug.
- Je zorgverzekering geldt voor onbepaalde tijd. Je hebt elk jaar de mogelijkheid om je verzekering op te zeggen. Dit gebeurt dan per 1 januari van het volgende jaar.

Wanneer en hoe kun je de Pechvogelhulp Plus wijzigen?

Je kunt wijzigingen voor je Pechvogelhulp Plus via Mijn Ditzo of telefonisch aan ons doorgeven.

Een wijziging van je dekking gaat dan in per 1 januari van het volgende jaar. Sluit deze aanvullende verzekering aan op een andere aanvullende verzekering? Dan wordt bij het bepalen van je vergoeding ook gekeken naar:

- Uitkeringen die je hebt gekregen op je vorige aanvullende verzekering.
- De termijn waarop je recht hebt op een vergoeding.

Kan je de Pechvogelhulp Plus afsluiten als je in het buitenland woont?

De Pechvogelhulp Plus kan door iedereen worden afgesloten die in Nederland belastingplichtig is.

Is je kind jonger dan 18 ook verzekerd?

Een kind jonger dan 18 jaar krijgt dezelfde aanvullende verzekering als die van de verzekeringnemer. Bij een wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van het kind automatisch mee.

Wat als je kind 18 wordt?

Zes weken voorafgaand aan de maand waarin je kind 18 jaar wordt, krijgt het van ons een voorstel voor een volwassenenverzekering. Reageer je hier niet op, dan berekenen we een premie die overeenkomt met je bestaande aanvullende verzekering. De verzekering gaat dan in op de eerste van de maand die volgt op de maand waarin je kind 18 jaar wordt.

Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?

- Zorgkosten van de Pechvogelhulp Plus krijg je pas vergoed als deze kosten niet door je basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en je aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven.
- Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, worden niet vergoed.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin de eerste behandeling plaatsvond. De periode van vergoeding duurt maximaal een jaar vanaf de eerste behandeling.

Wat krijg je maximaal vergoed?

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- € 12.500 aan zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- € 12.500 uitkering bij overlijden na een ongeval.
- Als er al kosten zijn uitgekeerd naar aanleiding van het ongeval en je overlijdt door je verwondingen door dat ongeval later dan komen de al uitgekeerde kosten in mindering op de uitkering bij overlijden na een ongeval.
- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten kunnen wij u dit deel derhalve niet vergoeden.
- Ga je per 1 januari over van een Pechvogelhulp Plus naar een Pechvogelhulp en wordt er op de Pechvogelhulp Plus al een uitkering verleend dan wordt deze op het maximum van de Pechvogelhulp in mindering gebracht.

Wat als we meer vergoeden?

Hebben we meer vergoed dan we hadden moeten vergoeden? Dan hebben we het recht om het bedrag dat we teveel hebben betaald terug te vorderen.

Kunnen wij premie en voorwaarden wijzigen?

Jaarlijkse wijziging

Wij hebben het recht je premie en of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Tussentijdse wijziging

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij ook in bijzondere gevallen tussentijds je premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

Je ontvangt hierover een bericht

Een wijziging in de premie en/of voorwaarden treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvang je van ons een bericht met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure.

Hoe betaal je premie?

Voor je aanvullende zorgverzekering bij Ditzo betaal je elke maand een premie. Deze premie betaal je per maand vooruit. De premie wordt maandelijks rond dezelfde datum automatisch van je rekening afgeschreven. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vind je op het polisblad dat je van ons ontvangt.

Als je een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Ditzo, bepaalt Ditzo op welk openstaand bedrag de betaling wordt afgeboekt.

Premieachterstand

- Als we je premie niet kunnen afschrijven van je rekening, krijg je hierover bericht. Je hebt dan een 'premieachterstand'.
- In de aanmaning vragen wij je zo snel mogelijk, maar zeker binnen 14 dagen te betalen. Als je niet betaalt sturen we je nog een aanmaning waarin we je melden dat bij geen tijdige betaling we de aanvullende verzekering stoppen.
- Dat betekent dat je vanaf dat moment alleen nog een basisverzekering hebt. Ook stoppen we je (brillen en lenzen) jaarabonnement, als je die hebt. Deze kun je dan de rest van dat kalenderjaar niet meer gebruiken.
- Daarnaast dragen we je schuld over aan de gerechtsdeurwaarder. Vanaf dat moment moet je het verschuldigde bedrag betalen aan de gerechtsdeurwaarder. Deze verhoogt het bedrag met wettelijke incassokosten en rente.
- Wij kunnen het achterstallige bedrag verrekenen met eventueel uit te betalen vergoedingen.

Betalingsachterstand eigen risico

- Heb je een betalingsachterstand van je eigen risico van 35, 55 en 75 dagen? Dan sturen we je een aanmaning. Daarin vragen we je zo snel mogelijk het bedrag te betalen.
- Staat het bedrag na 95 dagen nog steeds niet bij ons op de rekening? Dan dragen we je schuld over aan het incassobureau. Vanaf dat moment moet je het verschuldigde bedrag betalen aan het incassobureau. Dit incassobureau verhoogt het bedrag met aan het incassobureau verbonden kosten en rente.

Krijg ik premie terug bij een tussentijdse opzegging?

Zeg je de verzekering tussentijds op? Dan krijg je de lopende premie naar verhouding terug. Behalve in het geval van fraude. Dan zeggen we je verzekering op.

Hoe declareer je een nota?

Je moet binnen 3 jaar (gerekend vanaf de behandeldatum) de originele nota's van je zorgkosten bij ons indienen. Deze nota's moeten dan zo worden ingediend dat we zonder verdere navraag eruit kunnen opmaken welke kosten wij moeten vergoeden.

Voordat je nota's voor de pechvogelhulp declareert, vul dan altijd eerst het Aanvraagformulier Pechvogelhulp (Plus) volledig in. Na ontvangst van het formulier ontvang je van ons een terugkoppeling op de aanvraag.

Zo declareer je een nota via internet:

- Ga naar <http://ditzo.nl/zorgverzekering>
- Login met de gegevens van je Mijn Ditzo
- Maak een scan van de nota en voeg deze toe
- Verstuur de nota

Of:

- Print het 'Declaratieformulier' en vul het in
- Stuur je declaratie naar:
Ditzo Zorgverzekering
T.a.v. Afdeling Declaraties
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Wij mogen de declaraties van de zorgaanbieders die jou hebben geholpen ook rechtstreeks betalen aan de zorgaanbieder. Via Mijn Ditzo kun je altijd je declaraties inzien. Wij zullen niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, indien de zorgaanbieder onder een wettelijke sanctieregeling valt.

Bij een rechtstreekse betaling aan de zorgaanbieder betalen we het volledige bedrag. Dat doen we ook als de declaratie niet in aanmerking komt voor een volledige vergoeding, bijvoorbeeld omdat er nog eigen risico verrekend moet worden. Of omdat er sprake is van een beperkte vergoedingsregeling. We zullen dit eigen risico of het bedrag boven de vergoedingsregeling rechtstreeks met jou verrekenen.

Wat moet je doen als iemand anders aansprakelijk is voor jouw zorgkosten (Regres)?

Je bent verplicht:

- ons in te lichten en mee te werken bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- voordat je een regeling gaat treffen met de derde, of iemand die namens hem/haar optreedt – daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - over de door hem/haar geleden schade, contact met ons op te nemen.

Je mag niet zonder onze schriftelijke toestemming met de aansprakelijke derde, iemand die voor of namens de aansprakelijke derde optreedt – daaronder begrepen zijn/haar zorgverzekeraar - een regeling te treffen, waaronder mede is begrepen het verlenen van kwijting, waardoor onze rechten zouden worden benadeeld.

Als je je geheel of gedeeltelijk niet houdt aan wat er in dit artikel staat, moet je de aan onze kant geleden schade aan ons vergoeden.

Als wij de kosten bij de aansprakelijke derde verhalen, passen we de maximumvergoedingen op de aanvullende verzekering niet ten gunste van jou aan.

Hoe gaan we om met je persoonlijke gegevens?

We gaan fatsoenlijk om met je persoonlijke gegevens. We vragen je alleen om persoonlijke gegevens die nodig zijn om:

- Verzekeringen te kunnen afsluiten en te kunnen uitvoeren.
- Fraude te voorkomen en te bestrijden.
- Je per e-mail commerciële aanbiedingen te doen. Wil je dat niet? Dan kun je dat natuurlijk aangeven. Ga daarvoor naar Mijn Ditzo.

Als je onze website bezoekt:

- Bewaren we je bezoekgegevens en bewaart je browser een cookie. Dat doen we om je steeds relevantere informatie te kunnen aanbieden.
- Moet je inloggen op MijnDitzo met DigiD. Doordat je bij ons een zorgverzekering afsluit ga je akkoord met een digitale polis en dat je gegevens beveiligd zijn met DigiD. Heb je geen DigiD dan kan je deze aanvragen op www.DigiD.nl.
- Kun je al jouw persoonlijke gegevens altijd inzien en wijzigen via Mijn Ditzo. Je gegevens zijn beveiligd met een wachtwoord. Je bent zelf verantwoordelijk voor het geheim houden van je wachtwoord.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

We houden ons aan:

De Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen en het addendum Zorgverzekeraars.

Meer informatie hierover vind je in onze privacyverklaring op www.ditzo.nl/privacy.

Vind je dat we iets hebben gedaan in strijd met deze gedragscode? Vertel het ons dan. Kom je er met ons niet uit en vind je ons gedrag nog steeds in strijd met deze gedragscode? Meld het dan bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening. We kunnen telefoongesprekken opnemen. De telefoongesprekken worden gebruikt voor het trainen van onze medewerkers. We kunnen de tekst van deze privacyverklaring wijzigen. Bijvoorbeeld als we starten met financiële diensten waarvoor andere regels gelden.

Hoe gaan wij om met zorg?

We willen de zorg, waarvoor je bent verzekerd, vergoeden. Tegelijkertijd willen we de premie zo laag mogelijk voor je houden. Dat bereiken we onder andere door het doen van steekproeven. We kijken dan of de zorg die we hebben vergoed wel de juiste zorg was voor een verzekerde. Alle steekproeven worden uitgevoerd volgens de Zorgverzekeringswet.

Wat gebeurt er bij detentie?

Als je verzekeringen worden onderbroken in de periode dat je gedetineerd bent. Zodra de detentie eindigt, zijn je rechten en plichten weer van kracht.

Wanneer kunnen we de Pechvogelhulp Plus beëindigen?

- Als je premies, eigen bijdragen of andere tegoeden niet op tijd betaalt of weigert te betalen.
- Als je je mededelingsplicht niet bent nagekomen.
- Als je hebt geprobeerd ons te misleiden en we met de juiste informatie nooit de aanvullende zorgverzekering met jou hadden afgesloten.
- Je verzekering eindigt op de in het opzeggingsbericht genoemde datum.
- Als vast is komen te staan dat er sprake is van fraude, oplichting of bedrog. De verzekering eindigt dan op de datum van de dagtekening van de brief waarmee we je dit meedelen. Dit kan voor ons reden zijn ook je andere Ditzo verzekeringen direct te beëindigen. Ook zullen we aangifte doen bij de politie en je gegevens opnemen in een of meer registers die ook voor andere verzekeraars toegankelijk zijn.
- Als bij acceptatie van je verzekering blijkt dat je bent geregistreerd in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, kunnen wij besluiten de Pechvogelhulp Plus met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum te beëindigen.

Wanneer en hoe kun je de Pechvogelhulp Plus beëindigen?

- Je zegt uiterlijk op 31 december online op via Mijn Ditzo.
- Je maakt gebruik van een overstapservice naar een andere zorgverzekeraar.
- Je hebt een bericht ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Je opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Zeg je de Pechvogelhulp Plus niet op? Dan wordt je de Pechvogelhulp Plus automatisch met een jaar verlengd, tenzij je basisverzekering niet meer bij Ditzo loopt.

Wanneer eindigt je verzekering automatisch?

De verzekering eindigt automatisch wanneer:

- Wanneer je in 2022 geen zorgverzekering meer hebt bij Ditzo.
- Je overlijdt (je nabestaanden moeten ons daarvan binnen twee maanden na je overlijden op de hoogte brengen).
- Je niet meer verzekerd bent op basis van de Wlz (of we moeten schriftelijk een andere overeenkomst hebben gesloten).
- Je beroepsmilitair wordt.
- Wanneer wij één maand van tevoren aangeven de betrokken verzekering uit de markt te nemen of niet langer aan te bieden.

Welk recht geldt voor deze overeenkomst?

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Wat mag je van ons verwachten?

Dat we:

- Redelijk zijn.
- Respect voor je hebben.
- Je vertrouwen.
- De zorg waarvoor je bent verzekerd, willen vergoeden.
- Samen met jou zoeken naar een goede oplossing als je zorg nodig hebt.

Wat verlangen we van jou?

Dat je:

- Eerlijk bent.
- Respect voor ons hebt.
- Al het redelijke doet om schade en zorg te beperken.
- Ons binnen 30 dagen op de hoogte brengt van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals een verhuizing, echtscheiding, geboorte en overlijden. Als wij de wijziging niet binnen 30 dagen na aanvang van de gebeurtenis hebben ontvangen, wijzigen we deze verzekering met ingang van 7 dagen na de ontvangstdatum. Een wijziging met terugwerkende kracht is dan niet mogelijk.
- Alle gebeurtenissen die voor ons tot een uitkeringsplicht kunnen leiden, zo snel mogelijk bij ons meldt.
- Ons alle informatie zo snel mogelijk geeft die van belang is om onze uitkeringsplicht te beoordelen.
- Volledig meewerkt en alles nalaat wat onze belangen zou kunnen schaden.
- Altijd eerst contact met ons op neemt als je een regeling wilt treffen met een aansprakelijke derde.
- Ervoor zorgt dat er elke maand genoeg saldo op je betaalrekening staat, zodat we je premie automatisch kunnen afschrijven.
- Je volgt aanwijzingen van ons en onze deskundigen op.
- Je verleent je volledige medewerking aan de afhandeling van het ongeval en onderzoeken.
- Je doet niets wat onze belangen schaadt.
- Je doet er alles aan wat je redelijkerwijs kunt doen om een ongeval te voorkomen of letsel te verminderen.
- Je machtigt artsen en medisch behandelaren om de benodigde inlichtingen te verstrekken aan onze medisch adviseur.
- Je laat zich direct behandelen door een arts. Je doet wat je kunt om je herstel te bevorderen. En je doet niets wat je herstel kan vertragen.
- Je laat het ons zo snel mogelijk schriftelijk weten als je hersteld bent of niet meer onder doktersbehandeling staat.
- Je laat zich zonodig onderzoeken door een onafhankelijke arts die onze medisch adviseur aanwijst.
- Je laat het ons zo snel mogelijk weten als je naar het buitenland gaat, terwijl wij bezig zijn met je verzoek om een uitkering.
- Jij, je erfgenamen of je begunstigde werken mee om de oorzaak van het ongeval of de doodsoorzaak te laten vaststellen. Ook als wij daarvoor het stoffelijk overschot moeten onderzoeken.

Als je hier niet aan voldoet?

Kan dat voor ons reden zijn om:

- Je recht op uitkering te laten vervallen. Als je overlijdt geldt dit voor je erfgenamen of je begunstigde.
- Je een vergoeding te laten betalen voor de door ons geleden schade.
- Je aanvullende verzekeringen en jaarabonnement tijdelijk stop te zetten of te beëindigen.

Wat gebeurt er in geval van fraude?

Verplichting tot medewerking

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de aanvraag van je verzekering, je gegevens in onze administratie en je declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht ons materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. Je bent verplicht je medewerking hieraan te verlenen. Verleen je geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om je verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij je persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars onderling de bevoegdheid om informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselen wij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 06.01 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De AVG geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding

Tijdens het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt je recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als jij en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- je zorgverzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
 - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe Basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de Basisverzekering;
 - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.
- je contractrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- je persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- je persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een verzoek tot strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of een andere opsporingsinstantie;
- (zorg)kosten gemoeid met fraude terug te vorderen.

Wil je een heroverweging of heb je een klacht?

Heroverweging

Ben je het niet eens met een beslissing van Ditzo? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@ditzo.nl. Ook kun je een brief sturen aan Ditzo, t.a.v. de afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht of met ons bellen op (030) 699 79 30. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Ditzo. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar Ditzo Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht.

Vind je dat je klacht door ons niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.