

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

1.1 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).

1.2 Fraude

Het plegen of het trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbers 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.

1.3 Fysiotherapeut

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

1.4 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.

1.5 Huisarts

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

1.6 Land van herkomst, woonachtig

a. *Land van herkomst*: Het land waar verzekerde voor vertrek naar Nederland woonachtig was en/of het land waarvan verzekerde de nationaliteit heeft.

b. *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.

1.7 Maatschappij

OOM Global Care N.V. Deze maatschappij is geregistreerd bij de Autoriteit Financiële Markten (AFM) onder nummer 12.000.623.

1.8 Medische noodzaak

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

1.9 Molest

Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse

onlusten, oproer, munitie. De definities van deze vormen van molest maken deel uit van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Den Haag is gededoneerd.

1.10 Oefentherapeut

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

1.11 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.

1.12 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.

1.13 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.

1.14 Revalidatiedagbehandeling

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

1.15 Specialist

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

1.16 Specialistische behandeling

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

1.17 Tandarts

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

1.18 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.

1.19 Verpleegkosten

Het bedrag per dag, verschuldigd wegens verpleging van ten minste 24 uur in een ziekenhuis, uitgezonderd de bij-

komende kosten en de kosten van specialistische behandeling.

1.20 Verzekerde

Ieder als zodanig op de polis vermelde persoon.

1.21 Verzekeringnemer

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

1.22 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.

1.23 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 verzekering geeft in het volgende gebied dekking: Europa, inclusief Azoren, Canarische eilanden, Madeira, Algerije, Egypte, Israël, Libanon, Libië, Marokko, Palestina, Syrië, Tunesië en geheel Turkije, maar niet het land van herkomst.
- 2.2 Indien verzekerde per vliegtuig reist, geldt binnen de looptijd van de verzekering, het volgende:
 - a. De verzekering geeft dekking vanaf het moment dat verzekerde het grondgebied van het land van herkomst verlaat met een zo rechtstreeks mogelijke vlucht naar het dekkingsgebied zonder overbodige tussenstops. In alle andere gevallen gaat de dekking in op het moment dat verzekerde in het dekkingsgebied aankomt.
 - b. De dekking van de verzekering eindigt na landing van het vliegtuig waarmee verzekerde vanuit het dekkingsgebied is teruggekeerd in het land van herkomst met een zo rechtstreeks mogelijke vlucht zonder overbodige tussenstops. In alle andere gevallen eindigt de dekking op het moment dat verzekerde het dekkingsgebied heeft verlaten.

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, ver-

goedt de maatschappij de kosten van de medische hulp als genoemd in artikel 4.

3.3 Terrorisme

- a. 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 en gedownload worden via de website van het NHT, www.terrorisneverzekerd.nl, of opgevraagd worden bij de maatschappij.
- b. Kosten als gevolg van terrorisme buiten Nederland, worden vergoed tot maximaal € 30.000,-.

3.4 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, met uitzondering van het genoemde in artikel 4.1.b.

3.5 Maximum tarieven

- a. In geen geval zal een hoger bedrag worden vergoed dan de door de officiële instanties goedgekeurde tarieven.
- b. Voor kosten genoemd onder 4.1 t/m 4.6 en gemaakt buiten Nederland zal niet meer worden vergoed dan tweemaal de in Nederland geldende tarieven.

3.6 Maximum vergoeding

Kosten waarvoor volgens artikel 4 recht op vergoeding bestaat, worden gezamenlijk vergoed tot maximaal € 500.000,- per verzekerde per verzekerde periode.

3.7 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/.

3.8 Vrije keuze

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

Artikel 4. Omschrijving van de dekking

Er bestaat recht op vergoeding van de kosten van:

4.1 Opname in een ziekenhuis

- a. 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.
- b. Wanneer verzekerde op de einddatum van deze verzekering is opgenomen in een ziekenhuis, dan vergoedt de maatschappij tot uiterlijk 30 dagen na de einddatum van deze verzekering de verzekerde kosten van deze opname.

4.2 Ziekenvervoer

- 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.

4.3 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 vergoeding vallende orgaantransplantatie.
- c. De kosten van transplantatie komen alleen voor vergoeding in aanmerking wanneer deze het gevolg zijn van een ongeval.

4.4 Nierdialyse

Ten behoeve van de verzekerde, na voorafgaande goedkeuring door de maatschappij. De kosten van nierdialyse komen alleen voor vergoeding in aanmerking wanneer deze het gevolg zijn van een ongeval.

4.5 Behandeling door een plastisch chirurg

Ten behoeve van de verzekerde, na voorafgaande goedkeuring door de maatschappij. De kosten van behandeling door een plastisch chirurg komen alleen voor vergoeding in aanmerking wanneer deze het gevolg zijn van een ongeval.

4.6 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. het raadplegen van een andere specialist (second opinion), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld;
- g. behandelingen door een fysiotherapeut/oefenstherapeut tot ten hoogste 25 behandelingen per verzekerde voor de verzekerde periode;
- h. tandheelkundige behandeling tot maximaal € 350,- per verzekerde voor de looptijd van deze verzekering, uitsluitend ten gevolge van een ongeval.

4.7 Opsporing en redding

Hieronder worden verstaan de kosten, die noodzakelijker-

wijs 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.

4.8 Repatriëring

De kosten van repatriëring worden uitsluitend vergoed op voorwaarde dat:

- naar het oordeel van de medisch adviseur van de maatschappij de repatriëring medisch noodzakelijk is;
- er vooraf toestemming is verkregen van de maatschappij, die de repatriëring regelt;
- gerepatriëerd wordt vanuit het dekkingsgebied naar Nederland of naar het land van herkomst.

Het betreft de kosten van:

- a. ziekenvervoer, waaronder het vervoer per vliegtuig;
- b. een ambulancevliegtuig, indien verzekerde in verband met zijn gezondheidstoestand op geen andere manier (bijv. per passagiersvliegtuig, ambulanceauto of taxi) kan reizen. Deze manier van terugreizen is alleen dan verzekerd, wanneer de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van te verwachten invaliditeit van verzekerde beoogt;
- c. begeleider(s), als begeleiding medisch noodzakelijk is.

De vliegreiskosten van een lijnvlucht of charter worden maximaal vergoed volgens het tarief geldend voor de toeristenklasse.

De maximum vergoeding per verzekerde bedraagt € 30.000,-.

4.9 Vervoer stoffelijk overschot

De kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde naar het land van herkomst. Inbegrepen zijn de kosten van de voor het vervoer op grond van de geldende voorschriften noodzakelijke binnenkist. Voor alle kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot zal nooit meer dan € 10.000,- per geval worden vergoed.

4.10 Diefstal of verlies van officiële reisdocumenten

Wanneer verzekerde buiten zijn schuld zijn paspoort, visum of ander officieel reisdocument kwijtraakt door diefstal of verlies vergoedt de maatschappij uitsluitend de kosten van het aanschaffen van een "laissez passer", een vervangend visum of een ander vervangend reisdocument waarmee verzekerde de reis kan voortzetten, m.u.v. de reis-, verblijf- en telecommunicatiekosten. De vergoeding bedraagt maximaal € 125,- per verzekerde voor de verzekerde periode.

Artikel 5. Uitsluitingen

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

- 5.1 die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, waaraan verzekerde lijdt op of geleden heeft voor de ingangsdatum van deze verzekering, ook wanneer verzekerde met het bestaan van die kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen niet bekend was op of voor de ingangsdatum van deze verzekering;

- 5.2 als gevolg van diabetes mellitus en hetgeen daarmee verband houdt zoals bijvoorbeeld hart- en vaataandoeningen, nieraandoeningen, oogafwijkingen e.d. bij diabetespatiënten, tenzij naar de mening van de medisch adviseur deze kosten geen verband houden met diabetes mellitus;
- 5.3 als gevolg van gal- en nierstenen;
- 5.4 van malariaprofylaxe, vaccinaties, huisapotheek en/of handverkoop;
- 5.5 van keuringen en attesten, psychotherapeutische behandelingen en tandheelkundige behandelingen (door tandarts, kaakchirurg of orthodontist) met uitzondering van behandelingen als genoemd onder artikel 4.6.h;
- 5.6 van kunst- en hulpmiddelen, waaronder brillen, contactlenzen en gebitsprothesen;
- 5.7 van sterilisatie en het ongedaan maken daarvan, zwangerschapsbevorderende behandelingen, anticonceptionele middelen, zwangerschap en bevalling, abortus provocatus, vruchtbaarheidsonderzoek, erfelijkheidsonderzoek, alsmede de complicaties die met deze behandelingen verband houden of daaruit voortvloeien;
- 5.8 van preventieve geneeskunde, alternatieve geneeswijzen, behandelingen door een logopedist/spraaktherapeut, revalidatiedagbehandeling;
- 5.9 die het gevolg zijn van geslachtsziekten, poging tot zelfmoord, gebruik van alcohol of andere verdovende of opwekkende middelen; soft- en harddrugs worden hieronder gerekend;
- 5.10 gemaakt wegens ziekenhuisopname indien en voor zover de behandeling kan worden uitgesteld tot na de einddatum van deze verzekering;
- 5.11 die het gevolg zijn van deelname aan of voorbereiding tot snelheids-, record- en betrouwbaarheidsritten met motorrijtuigen of motorvoertuigen;
- 5.12 gemaakt tijdens het aanwezig zijn in, aan of op een luchtvaartuig, anders dan als passagier van een vliegtuig voor de burgerluchtvaart;
- 5.13 ontstaan door molest;
- 5.14 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;
- 5.15 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;
- 5.16 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;
- 5.17 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;

- 5.18 van een schade die direct of indirect verband houdt met of veroorzaakt is tijdens het (mede)plegen van een misdrijf door de verzekerde;
- 5.19 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;
- 5.20 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 belangschending 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.

Artikel 6. Uitbetaling van schade

6.1 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.

6.2 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.

6.3 Eigen risico

Het eigen risico geldt per verzekerde voor de verzekerde periode en is vermeld op het polisblad.

Artikel 7. Verplichtingen

7.1 Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer/verzekerde op de hoogte is of behoort te zijn van ziekenhuisopname, opsporing/redding, repatriëring of vervoer stoffelijk overschot is hij verplicht de maatschappij zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is hiervan in kennis te stellen.

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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 8. Premiebetaling en restitutie

- 8.1 De verzekeringnemer is verplicht de verschuldigde premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen.
- 8.2 Niet-betaling van de premie en kosten heeft – zonder dat enige ingebrekestelling is vereist – tot gevolg dat de verzekering niet van kracht is.
- 8.3 De volledig overeengekomen premie is verschuldigd, ook indien in het geheel geen of slechts ten dele risico is gelopen. Er zal geen premierestitutie worden verleend, tenzij:
 - door het overleggen van de afwijzingsbrief van de ambassade dan wel het consulaat aangetoond kan worden dat er aan verzekerde geen visum is verleend.
 - door het overleggen van (een kopie van) de verblijfsvergunning aangetoond kan worden dat verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht is de basisverzekering te sluiten. De premierestitutie zal in dit geval verleend worden over de periode ingaande op de dag van afgifte van de verblijfsvergunning tot de einddatum van de verzekering, echter onder aftrek van kosten.
 - de verzekerde komt te overlijden. De premierestitutie zal in dit geval verleend worden over de periode ingaande op de dag na het overlijden tot de einddatum van de verzekering, echter onder aftrek van kosten die op grond van artikel 4 door de maatschappij zijn vergoed.

Artikel 9. Grondslag van de verzekering

- 9.1 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 ver-

zekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken.

- 9.2 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.
- 9.3 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 10. Duur en einde van de verzekering

- 10.1 De verzekering is aangegaan voor de periode zoals op het polisblad is vermeld.
- 10.2 Verlenging van de verzekeringsperiode is niet mogelijk. Wel kan een nieuw contract worden gesloten. Dit houdt o.a. in dat op de nieuwe ingangsdatum weer de bepaling geldt zoals genoemd in artikel 5.1.
- 10.3 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 8 (Premiebetaling en Restitutie), 9 (Grondslag van de Verzekering) en 13 (Fraude), alsmede in het geval als bepaald in lid 4 van dit artikel.
- 10.4 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 11. Wijziging van het risico

- 11.1 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 spoedig-

ste, 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.

- 11.2 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.

Artikel 12. Persoonsgegevens

- 12.1 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.
- 12.2 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.
- 12.3 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 13. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:

- 13.1 in het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
13.2 aangifte wordt gedaan bij de politie;

- 13.3 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 8.3 niet worden gerestitueerd;
- 13.4 er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;
- 13.5 eventueel uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

Artikel 14. Klachten en geschillen

- 14.1 Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.
- 14.2 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.
- 14.3 a. Wanneer het oordeel van de maatschappij 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 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.
- 14.4 Niet-particulieren kunnen zich niet wenden tot SKGZ. Zij kunnen het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter te Den Haag.
- 14.5 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.
- 14.6 De uitgebreide "Klachten- en geschillenregeling OOM Verzekeringen" kan geraadpleegd en gedownload worden via www.oomverzekeringen.nl of opgevraagd worden bij de maatschappij.

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

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.