

Handig om goed te bewaren!



Zorg goed geregeld voor u

Tweelandenpolis

Polisvoorwaarden 2012



Geachte verzekerde,

Dit zijn de polisvoorwaarden van de Agis aanvullende verzekering Tweelandenpolis. Deze polisvoorwaarden zijn specifiek bestemd voor personen die wonen in een EU-/EER-land of Zwitserland, die werkzaam zijn voor een Nederlandse werkgever en die tevens basisverzekeringsplichtig zijn. In de polisvoorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de dekkingsrubrieken.

Lijst van verstrekkingen

In deze lijst vindt u omschreven onder welke voorwaarden uw kosten zijn gedekt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor vergoeding in aanmerking komen.

Agis Zorgverzekeringen

Oktober 2011

Inhoudsopgave

Algemene Voorwaarden	4
Lijst van verstrekkingen	7
1 Verplicht eigen risico	7
2 Vrijwillig eigen risico	7
3 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar het land van herkomst	7

Algemene Voorwaarden

1 Toepasselijkheid Algemene Voorwaarden

- 1 De Algemene Voorwaarden van de Agis hoofdverzekering (zie de begripsomschrijving aldaar) gelden integraal ook voor de Agis aanvullende verzekeringen, inclusief de tandartsverzekeringen. Terzake van de premiebetaling en de gevolgen van premieschuld geldt echter altijd de hieronder volgende paragraaf 3.
- 2 Indien u geen hoofdverzekering bij Agis hebt kunt u de Algemene Voorwaarden vinden in het boekje Agis Algemene Voorwaarden aanvullende verzekeringen.
- 3 Voor de dekking van de verschillende polissen geldt hetgeen in de lijst van verstrekkingen van de desbetreffende polis staat vermeld.
Naast of in afwijking van de in artikel 1, lid 1 bedoelde integraal geldende Algemene Voorwaarden van de hoofdverzekering gelden de hieronder staande specifieke voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen, inclusief de tandverzekeringen.

2 Diverse specifieke bepalingen die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen

- 1 De verzekeraar is bevoegd een aspirant-verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren:
 - a in geval een hoofdverzekering of aanvullende verzekering wegens wanbetaling door verzekeraar is beëindigd en als is komen vast te staan dat de verzekeraar in het verleden schade heeft geleden door onrechtmatige gedraging van de aspirant-verzekerde.
- 2 De aanvullende verzekering geldt gedurende een kalenderjaar. Wanneer de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt, heeft de verzekering een looptijd vanaf de dag waarop de inschrijving plaatsvindt tot het einde van het betreffende kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze overeenkomst opzegt als bepaald in artikel 6 (van de Algemene Voorwaarden in de hoofdverzekering).
- 3 Als de verzekerde is ingeschreven voor een aanvullende verzekering wordt dat vermeld op het polisblad van de hoofdverzekering.
- 4 Als de verzekeringnemer tegelijkertijd inschrijving vraagt voor zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering, wordt de verzekerde ingeschreven op de dag waarop deze op grond van de hoofdverzekering aanspraak kan maken op prestaties. Deze gelijktijdige inschrijving vindt echter niet plaats als de verzekerde met terugwerkende kracht voor de hoofdverzekering wordt ingeschreven. In dat geval gaat de aanvullende verzekering in op de datum van binnenkomst van het aanvraagformulier dan wel wijzigingsformulier en de acceptatie door verzekeraar van de verzekeringnemer. De leden 2 en 4 van dit artikel zijn onverminderd van toepassing.
- 5 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat de verzekeraar de eventueel reeds betaalde premie terugstort en de verzekeringnemer is gehouden de eventueel betaalde zorgkosten terug te betalen.
- 6 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan verzekeraar verstrekte mededelingen.
- 7 De verzekeringnemer heeft eenmaal per jaar – en wel telkens per 1 januari – de gelegenheid om van pakket te veranderen. Bij omzetting naar een andere tandartsverzekering behoudt de verzekeraar zich het recht voor medische acceptatie als voorwaarde te kunnen stellen voor inschrijving. Wijzigingen kunnen worden doorgegeven binnen 30 dagen na ontvangst van de dekkings- en polisvoorwaarden voor het komende jaar.

- 8 In geval van pakketwijziging als bedoeld in lid 7 is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.
- 9 Indien de verzekeraar het pakket aanvullende verzekeringen wijzigt, eventueel onder nieuwe naamgeving van de polissen, wordt aan de verzekerde een verzekering aangeboden die inhoudelijk het meest overeenstemt met de oude (lopende) verzekering. Dit wordt beschouwd als wijziging van de voorwaarden van de oude verzekering en niet als het afsluiten van een nieuwe verzekering. Lid 8 is van overeenkomstige toepassing.
- 10 De behandeling moet in Nederland worden gegeven, tenzij in de lijst van verstrekkingen uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorgaanspraken in het buitenland worden vergoed.

3 Premiebetaling en overige financiële verplichtingen

- 1 De premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar.
- 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de 1e dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- 3 Voor de verzekeringnemer geldt het navolgende:
 - a de premie wordt weergegeven op het polisblad;
 - b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks, per kwartaal, per half jaar of jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen, bij voorkeur via automatische incasso. Indien de verzekeringnemer kiest voor een andere betaalwijze dan automatische incasso brengt de zorgverzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening. Deze administratiekosten worden vermeld op het polisblad. De premie is verschuldigd vanaf de 1e vervalddag nadat de verzekering van kracht is geworden;
 - c de premie en administratiekosten dan wel eventuele overige verschuldigde bedragen zijn verschuldigd op de premievervalddag. De premievervalddag is de laatste dag van de periode voorafgaande aan de periode waarover de premie is verschuldigd;
 - d de wijze van betaling van verschuldigde bedragen, niet zijnde premie, die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit eigen risico en eigen bijdrage, vindt plaats op de bij de zorgverzekeraar bekende en vastgelegde premiebetaalwijze. De zorgverzekeraar kan in voorkomende situaties hiervan afwijken;
 - e indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies en/of administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet of niet geheel op de premievervalddag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig;
 - f de zorgverzekeraar kan de premiebetaalfrequentie van de nalatige verzekeringnemer met kwartaal, halfjaar of jaarbetaling met terugwerkende kracht aanpassen naar maandbetaling. De premiekorting voor halfjaar of jaarbetaling komt hiermee te vervallen. De nalatige verzekeringnemer wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld;
 - g blijft de verzekeringnemer na eventuele toepassing van het in lid f gestelde nalatig, dan wordt hij eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie, administratiekosten danwel eventuele andere verschuldigde bedragen te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekeringnemer is gehouden tot vergoeding van de door de zorgverzekeraar gemaakte buitengerechtigde incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder i;
 - h indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief (aanmaning) de verschuldigde premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim. De zorgverzekeraar schorst dan in het geval van premieschuld de verzekeringsovereenkomst, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde

- bedragen onverlet laat. De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorganspraken die hebben plaatsgevonden vanaf de meest recente premievervaldag. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de zorgverzekeraar is ontvangen;
- i indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet op de premievervaldag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden, heeft betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurde herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 2,50;
 - j vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke vertragsrente over de verschuldigde premie te voldoen;
 - k de zorgverzekeraar kan volledige betaling van de premie of andere schuld weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden;
 - l de zorgverzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen; het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;
 - m bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
 - n indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden voor de aanvullende verzekering hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de voor die verzekering verschuldigde bedragen.
- 4 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 2 maanden nalatig is met het voldoen van de premie.
- 5 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te schorsen indien buiten de premie de verzekerde een schuld aan de zorgverzekeraar heeft die in hoogte overeenkomt met één maand premieschuld en de verzekerde in verzuim is (zie onder 3h) en is gerechtigd de verzekering te beëindigen bij een schuld ter hoogte van 2 maanden premieschuld. Het hierboven in 3h bepaalde omtrent schorsing is onverminderd van toepassing.

Lijst van verstrekkingen

1 Verplicht eigen risico

Vergoeding: 100% van de kosten die vallen onder het verplicht eigen risico van de Agis Basispolis (Basic).

2 Vrijwillig gekozen eigen risico

Vergoeding: 100% van de kosten die vallen onder het vrijwillig gekozen eigen risico van de Agis Basispolis (Basic).

3 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar het land van herkomst

Vergoeding: 100% van de kosten van:

- medisch noodzakelijk ziekenvervoer, dat voortvloeit uit spoedeisende zorg, per taxi, per ambulance of per vliegtuig vanuit een EU-/EER-land of Zwitserland naar een zorginstelling in het woonland;
- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per taxi, per ambulance of per vliegtuig vanuit een EU-/EER-land of Zwitserland naar het woonland bij een langdurige ziekenhuisopname, ziekte of medische behandeling;
- vervoer van stoffelijk overschot van een EU-/EER-land of Zwitserland naar het woonland.

Bijzonderheden: de Agis Alarmcentrale moet vooraf toestemming hebben gegeven. De Agis Alarmcentrale is te bereiken via nummer +31 (0)71 364 17 02.

Hebt u vragen?

Via internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden op onze site: www.agisweb.nl.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.
Bel **0900 86 85** (€ 0,03 per minuut)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen
Postbus 19
3800 HA Amersfoort

Persoonlijk

Bij onze Servicepunten kunt u terecht voor persoonlijk advies.
Adressen en openingstijden vindt u op onze site.

Belangrijke telefoonnummers

Agis Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,03 per minuut)
Agis Zorgcoach **0900 266 94 63** (€ 0,03 per minuut)
Agis Alarmcentrale **+31 (0)71 364 17 02**