

Polis- voorwaarden

Steuntje-in-de-rug verzekering

Code IND010 - 1

In de voorwaarden van de Steuntje-in-de-rug verzekering leest u:

- ✓ Wat u van de verzekeraar mag verwachten en wat de verzekeraar van u verwacht.
- ✓ Hoe de Steuntje-in-de-rug verzekering werkt.
- ✓ Hoe de afhandeling van een claim onder deze verzekering is geregeld.

Leeswijzer – Uw verzekering

We vinden het belangrijk dat u weet wat u kunt verwachten als u bij ons verzekerd bent. Uw verzekering bestaat uit het polisblad en deze polisvoorwaarden.

Hierin leest u precies wat wel en wat niet verzekerd is.

In de polisvoorwaarden leest u bijvoorbeeld wanneer uw verzekering begint en wanneer deze eindigt. Of wanneer u de premie moet betalen.

Sluit u een verzekering af? Dan krijgt u van ons géén voorafgaand advies. Door ons wordt ook niet gekeken of de verzekering bij u past.

Het is daarom belangrijk om regelmatig de polis en de polisvoorwaarden te lezen. Zo kunt u bepalen of de verzekering nog aansluit bij uw persoonlijke situatie. Ook kunt u van tevoren of als de verzekering al is ingegaan advies inwinnen bij een eigen adviseur.

Rol van Independer en Chubb

Chubb European Group SE (hierna "Chubb") is de verzekeraar voor deze polis. In de voorwaarden worden met "we", "wij", "ons" en "onze" de verzekeraar bedoeld. Independer is de tussenpersoon. Independer is het eerste aanspreekpunt voor vragen over de dekking, het afsluiten van de verzekering en het indienen van een claim. Chubb heeft het incasseren van de premies ook aan Independer uitbesteed.

Heeft u vragen over uw verzekering? Kijk op de website www.independer.nl of neem contact op met Independer. Een wijziging kunt u ook aan Independer doorgeven.

U kunt Independer bellen op 035-6265544. Of stuur een e-mail naar: info@independer.nl of per post: Independer, Celebeslaan 2, 1217 GV, Hilversum.

INHOUDSOPGAVE

Leeswijzer – Uw verzekering	1
Rol van Independer en Chubb	1
INHOUDSOPGAVE.....	2
ALGEMEEN.....	3
Artikel 1 – Dekking.....	3
Artikel 2 – Uitkering.....	5
Artikel 3 – Wanneer keren we niet uit?	5
Artikel 4 – Premie	6
Artikel 5 - Duur en einde van de verzekering	6
Artikel 6 – Melding voor een uitkering.....	7
Artikel 7 – De verjaringstermijn	8
Artikel 8 – Wijziging van premie en/of voorwaarden	8
Artikel 9 – Adreswijzigingen en berichten aan ons of Independer	9
Artikel 10 – Toepasselijk recht en bevoegde rechter	9
Artikel 11 – Klachten en waarschuwingen	9
Artikel 12 – Hoe we omgaan met uw gegevens	9
Artikel 13 – Fraude	10
Artikel 14 – Clausule Terrorismedekking.....	10
Artikel 15 - Sanctieclausule	10
Artikel 16 – Begripsomschrijvingen	10
BIJLAGE – PREMIETABEL.....	14
BIJLAGE – ACCEPTATIEVRAGEN	15
BIJLAGE – GEDEKTE ZIEKTES	18

ALGEMEEN

Deze verzekering verstrekt een uitkering die op het polisblad omschreven is als er sprake is van een gedekte ziekte zoals omschreven in deze voorwaarden. Daarbij maakt het niet uit of de verzekerde verminderd inkomen heeft, extra kosten door de gedekte ziekte maakt of recht op uitkering(en) heeft op grond van een andere verzekering.

We beginnen met een uitleg van wat er verzekerd is en wanneer we wel en niet uitkeren. Hierna vindt u in artikel 4 informatie over premiebetaling, gevolgd door een toelichting over de duur en het einde van de verzekering. In artikel 6 vindt u informatie over welke stappen u neemt als u een beroep wilt doen op uw verzekering. In artikel 16 kunt u lezen bij welke ziekte we wel of niet uitkeren. We gebruiken daarbij medische woorden om de ziektes goed te omschrijven. Als u daar vragen over heeft, kunt u op onze website kijken of die aan ons of uw huisarts stellen.

Artikel 1 – Dekking

1.1 Waar bent u voor verzekerd?

De verzekering keert uit als de verzekerde tijdens de looptijd van de verzekering een diagnose van een gedekte ziekte krijgt of blijvend hulpbehoevend wordt. Er moet wel aan alle voorwaarden zijn voldaan om in aanmerking te komen voor een uitkering.

Op het polisblad staat het bedrag dat voor u verzekerd is. Als we dat uitkeren, mag u zelf weten wat u met dit bedrag doet. U kunt hierna lezen wanneer we het bedrag wel of niet uitkeren.

U heeft bij het afsluiten van de verzekering de acceptatievragen beantwoord. Deze zijn opgenomen in de bijlage.

Het afsluiten van de verzekering is alleen mogelijk geweest als u al deze vragen online heeft beantwoord en daardoor geaccepteerd bent voor de verzekering. *De verzekering keert niet uit als u een onjuist antwoord op één of meerdere vragen heeft gegeven.*

1.2 Uw kinderen

Uw kind of kinderen zijn meeverzekerd voor een uitkering van €5.000. Wanneer meerdere ouders verzekerd zijn op een Steuntje-in-de-rug verzekering wordt maximaal tweemaal het verzekerde bedrag uitgekeerd. Uw kind is vanaf de geboorte meeverzekerd.

1.3 Wie is verzekerd?

De verzekerde staat vermeld op het polisblad. Uw kinderen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd zolang uw polis loopt. U kunt verzekerd blijven tot en met 70-jarige leeftijd.

1.4 Gedekte ziektes

In dit artikel staat voor welke ziektes er dekking is.

1.4.1 Gedekte ziektes

Onder gedekte ziektes wordt uitsluitend één van de hierna genoemde ziektes verstaan. De definities van deze ziektes vindt u in de bijlage. Het verzekerde bedrag is vermeld op het polisblad.

Gedekte ziektes

Kanker – met uitsluiting van minder gevorderde gevallen	Goedaardige hersentumor*
Hartaanval – met als gevolg verminderde hartfunctie	Beroerte – met als gevolg blijvende neurologische stoornissen
Aortachirurgie	Hersenchirurgie
Bypassoperatie	Hartklepoperatie
Beenmergtransplantatie	Orgaantransplantatie
Gevorderde dementie (inclusief Alzheimer)	Aplastische anemie*
Bacteriële meningitis*	Chronisch nierfalen
Chronisch leverfalen	Chronisch ademhalingsfalen
Ziekte van Crohn*	Coma – minimaal 4 dagen
Diabetes Type 1	Encefalitis*
Idiopathische pulmonale hypertensie	Gehoorverlies – blijvend en onomkeerbaar
Verlies van spraak – blijvend en onomkeerbaar	Lupus Nefritis*
Ziekte van Lyme*	Motor neuron ziekte*
Multiple Sclerose (MS)*	Verlamming – geheel van minimaal 2 ledematen
Ziekte van Parkinson*	Reumatoïde artritis*
Polytrauma*	Ernstige brandwonden*
Ernstige visuele beperking	Tekenencefalitis (TBE)*
Colitis ulcerosa*	Overige ziektes, ongevallen en medische fouten*

* kijk ook in de bijlage welke gevallen gedekt zijn

1.4.2 Indien u van een medisch specialist de diagnose van een gedekte ziekte heeft gekregen, dan stellen wij, mogelijk met behulp van een medisch adviseur, vast of u of een andere verzekerde een diagnose heeft van één van de ziektes die in 1.4.1 worden genoemd.

1.4.3 Wanneer een verzekerde vóór het afsluiten van deze verzekering een diagnose heeft gehad voor één van de bestaande gedekte ziektes genoemd in artikel 1.4.1, dan is er voor deze ziekte geen dekking onder deze verzekering. Dat geldt ook wanneer de diagnose tijdens de wachttijd wordt gesteld.

1.5 Wachttijd

Voor de gedekte ziektes zoals genoemd in artikel 1.4.1 geldt een wachttijd van 90 dagen na de ingangsdatum van de verzekering.

Er bestaat geen recht op een uitkering als de symptomen voor het eerst verschijnen, de aandoening voor het eerst optreedt of voor het eerst wordt gediagnosticeerd binnen 90 dagen na de ingangsdatum van de verzekering. Dan eindigt de dekking voor dit onderdeel van de verzekering. De verzekering blijft voor andere gedekte ziektes actief.

De wachttijd is niet van toepassing wanneer blijvende hulpbehoefte, zoals omschreven in item 36 van de bijlage, het gevolg is van een ongeval of medische fout. Ook is er geen wachttijd bij de in 1.4.1 genoemde gedekte ziektes:

- Hartaanval
- Beroerte
- Polytrauma
- Ernstige brandwonden

Artikel 2 – Uitkering

2.1 Wat gaan we uitkeren?

Als u om een uitkering uit de verzekering vraagt, beoordelen wij of u hier recht op heeft. Als dat zo is dan keren wij het bedrag uit dat op het polisblad vermeld staat. We keren het bedrag alleen uit aan u.

2.2 Hoe betalen we de uitkering

De uitkering doen we op de bankrekening waarvan de laatste premie automatisch werd afgeschreven. Als u daarover een andere afspraak met ons wilt maken, kunt u hiervoor contact met ons opnemen.

2.3 Eenmalige uitkering

We keren maximaal een maal per verzekerde uit. Nadat een uitkering is gedaan, stopt de verzekering voor de betreffende verzekerde. De uitkering voor kinderen onder deze verzekering stopt zodra de dekking voor de verzekeringnemer stopt.

2.4 Overlijden verzekerde

Wanneer een verzekerde is overleden en recht had op een uitkering uit deze verzekering nadat een claim was ingediend, dan keren we uit aan de nabestaanden. In geen ander geval wordt aan nabestaanden een uitkering gedaan.

2.5 Meerdere polissen

Wanneer een verzekeringnemer meerdere polissen heeft, wordt maximaal een maal het verzekerde bedrag uitgekeerd. We proberen dit natuurlijk samen met Independer te voorkomen. Als u toch meer dan één Steuntje-in-de-rug polis heeft afgesloten, dan zal Independer de teveel betaalde premie voor de laatst afgesloten verzekering terugbetalen. Voor kinderen geldt dat maximaal twee maal het voor hen verzekerde bedrag wordt uitgekeerd, zoals beschreven in artikel 1.2.

2.6 Teveel betaalde premie

Als de verzekeringnemer recht heeft op een uitkering onder deze verzekering dan betalen we de teveel betaalde premie terug. We kijken daarbij naar de periode van het moment van diagnose van de gedekte ziekte tot het moment van uitkering.

Artikel 3 – Wanneer keren we niet uit?

3.1.1 Geen uitkering

We keren niet uit als de verzekerde blijvend hulpbehoevend is geworden, of een diagnose van een gedekte ziekte of aandoening heeft gekregen, als direct of indirect gevolg van:

- a) het plegen of meewerken aan een misdrijf door de verzekerde;
- b) het opzettelijk zelf veroorzaken van de gedekte ziekte door iets te doen of juist niet te doen;
- c) grove schuld of bewuste roekeloosheid van de verzekerde;
- d) deelname aan een vechtpartij, zonder dat dit was om zich rechtmatig te verdedigen;
- e) direct of indirect – molest. Dit geldt niet voor ongevallen van verzekerde in een ander land dan waar de vaste woonplaats van verzekerde is binnen een periode van 14 dagen vanaf het ontstaan van de toestand van molest. Deze uitzondering geldt alleen als verzekerde redelijkerwijs verrast kon zijn door het ontstaan van de toestand van molest. Als er geen sprake is van een toestand van molest, kunnen ongevallen rechtstreeks veroorzaakt door of ontstaan uit zogenoemde wederrechtelijke vrijheidsberoving, gijzeling of kaping van een vervoersmiddel wel leiden tot een uitkering. Verzekerde mag dan niet zelf aan het plegen van deze misdrijven hebben meegewerkt;
- f) een alleen of samen met anderen gedane poging tot zelfmoord of het toebrengen van verwondingen;
- g) alcoholmisbruik en het rijden onder invloed met een volgens de wet te hoog bloedalcoholgehalte in het land waar het ongeval plaats vond;

- h) misbruik van bedwelmende, opwekkende, verdovende of soortgelijke middelen, terwijl u of een andere verzekerde deze middelen niet gebruikte volgens het voorschrift van een bevoegde arts en/of de gebruiksaanwijzing;
- i) een ongeval van de verzekerde terwijl de verzekerde een risico-verhogende sport aan het doen was. Voorbeelden van risico-verhogende sporten zijn motorsport, decompressieduiken, (speedboot)racen, bergsport met gebruik van klimmateriaal zonder begeleiding van een bevoegde gids en off-piste skiën zonder gebruikelijke veiligheidsmaatregelen en bevoegde gids;
- j) van een ongeval dat ontstaat als u gebruikmaakt van een luchtvaartuig. Daarmee bedoelen wij bijvoorbeeld een vliegtuig, luchtballon, parachute of deltavlieger. U bent wel verzekerd als u passagier bent van een luchtvaartuig dat gebruikt wordt voor openbaar personenvervoer;
- k) ziektes of aandoeningen van een ongeboren kind waarvan de zwangerschap begon vóór het aangaan van de verzekering zijn niet gedekt. Het begin van de zwangerschap wordt vastgesteld door een termijnecho die door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog is gemaakt. Aandoeningen door complicaties die optreden tijdens de bevalling zijn wel gedekt.

3.1.2 Overlijden na diagnose van gedekte ziekte

Daarnaast volgt er geen uitkering wanneer u of een andere verzekerde komt te overlijden. Deze uitsluiting geldt echter alleen wanneer verzekerde binnen 30 dagen na de diagnose van de gedekte ziekte door een medisch specialist overlijdt.

Artikel 4 – Premie

4.1 Premiebetaling

De premie betaalt u maandelijks op de premieervaldatum bij vooruitbetaling. Independer int de premie via een automatische incasso. De eerste premie betaalt u per de ingangsdatum en vervolgens op de premieervaldag. Op de ingangsdatum en vervolgens opnieuw op diezelfde dag steeds een jaar later stelt Independer uw leeftijd vast. U betaalt dan vanaf de daaropvolgende premieervaldag maandelijks de premie die hoort bij deze vastgestelde leeftijd. De premietabel is opgenomen in de bijlage van deze polisvoorwaarden.

4.2 Wat gebeurt er als u de premie niet of niet tijdig betaalt?

4.2.1 U moet de premie tijdig betalen om te voorkomen dat er geen recht is op een uitkering uit de verzekering. Als Independer de premie niet van uw bankrekening heeft kunnen afschrijven krijgt u na 16 dagen een waarschuwing dat de dekking over 14 dagen zal worden beëindigd of opgeschort. Indien u na 24 dagen niet heeft betaald krijgt u nog een herinnering. Na 31 dagen krijgt u een mail over de opschorting van de dekking. We kunnen ook de verzekering beëindigen.

4.2.2 We kunnen alle kosten om achterstallige premies te innen en mogelijk verschuldigde wettelijke rente over het achterstallige bedrag bij u in rekening brengen.

Artikel 5 - Duur en einde van de verzekering

5.1 Aanvang van de verzekering

De verzekering begint per de ingangsdatum die op het polisblad is vermeld. Als de eerste premie niet wordt betaald dan gaan we ervan uit dat de verzekering helemaal niet heeft bestaan en doen we geen uitkering uit de verzekering.

5.2 Duur van de verzekering

De verzekering geldt voor een periode van 1 jaar. Na elk verzekeringsjaar verlengen we de polis automatisch met 1 jaar, tenzij u of wij de verzekering opzeggen en dat ook kunnen en mogen doen.

5.3 Opzegging

Het is onder voorwaarden mogelijk dat u en wij de verzekering opzeggen.

- a) u kunt deze verzekering op elk gewenst moment schriftelijk of per e-mail opzeggen;
- b) wij kunnen de verzekering altijd direct opzeggen als wij door u of een verzekerde opzettelijk misleid zijn. De verzekering eindigt dan onmiddellijk;
- c) wij kunnen ook de verzekering met een opzegtermijn van 2 maanden opzeggen als er een reden is waarom het niet meer van ons kan worden gevraagd om verplichtingen te hebben op grond van de verzekering. Het gaat dan om zwaarwegende omstandigheden. Dit zijn omstandigheden waarvan we nu nog niet in kunnen schatten of ze zich kunnen voordoen. We zullen dit alleen doen als we geen andere keus hebben;
- d) wij kunnen de verzekering verder alleen opzeggen aan het einde van ieder verzekeringsjaar. Wij moeten dat uiterlijk 2 maanden voor het einde van een verzekeringsjaar doen.

5.4 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt in de volgende gevallen:

- a) als u na het afsluiten van de verzekering binnen 30 dagen na ontvangst van de polis de overeenkomst ontbindt. Dit kunt u schriftelijk of per e-mail doen. U beëindigt de verzekering dan met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum. We keren dan niet uit als u nog wel om een uitkering uit de verzekering zou vragen;
- b) bij een geldige opzegging of beëindiging volgens deze overeenkomst;
- c) als wij de verzekering binnen 2 maanden nadat wij ontdekt hebben dat u bij het afsluiten van de verzekering de door ons gestelde vragen niet juist of onvolledig hebt beantwoord schriftelijk beëindigen en wij met de juiste antwoorden de verzekering niet met u zouden hebben afgesloten;
- d) na uw overlijden;
- e) op de dag dat de verzekerde de leeftijd van 71 jaar heeft bereikt.

Als de verzekering tussentijds eindigt, betalen we teveel betaalde premie aan u terug. Dit doen we alleen niet als de verzekering eindigt, omdat we misleid zijn bij het afsluiten van de verzekering of bij een melding voor een uitkering die wij ook gaan doen.

Artikel 6 – Melding voor een uitkering

6.1 Melding voor uitkering

Als u van mening bent dat er recht is op een uitkering uit de verzekering, bent u verplicht dit zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk bij Independer te melden.

Ook moet u dan binnen een redelijke termijn aan Independer alle informatie en papieren doorgeven die we nodig hebben om te beoordelen of wij een uitkering moeten doen.

Independer controleert of alle gegevens ontvangen zijn en stuurt dit vervolgens door naar ons. Wij behandelen vervolgens uw melding.

6.2 Bewijsstukken

We betalen het verzekerde bedrag uit als we hebben kunnen vaststellen dat er recht is op een uitkering uit de verzekering. Daarvoor moeten we in ieder geval de onderstaande informatie ontvangen:

- a) een ingevuld en ondertekend schadeformulier, inclusief machtiging voor het opvragen van medische gegevens die noodzakelijk zijn voor het behandelen van uw melding;
- b) een verklaring van een medisch specialist waarin deze de diagnose van een gedekte ziekte heeft gesteld en indien mogelijk de oorzaak hiervan. Voor blijvende hulpbehoefte ontvangen we graag een verklaring van een bevoegde arts. Wij beoordelen deze verklaring en vragen eventueel medisch advies hierover;
- c) eventueel aanvullende informatie die we van u vragen.

6.3 Aanvullende inlichtingen of bewijzen

Als u aan Independer of aan ons berichten en bewijsstukken stuurt, dan worden deze berichten of bewijzen het eigendom van de partij waar u deze naar stuurt. Independer mag

deze berichten of bewijsstukken altijd met ons delen. We mogen altijd extra aanvullende inlichtingen of bewijzen vragen of hier zelf onderzoek naar doen. U of de verzekerde moet aan ons of onze medische adviseur dan een medische machtiging afgeven, als dit nodig is om vast te kunnen stellen of we moeten uitkeren. De verzekerde is als dit nodig is om het recht op een uitkering vast stellen, verplicht om mee te werken aan een onderzoek onze medisch adviseur. Dit kan nodig zijn om te beoordelen of verzekerde blijvend hulpbehoevend is of om meer informatie te krijgen naar aanleiding van de diagnose van een ziekte.

We hoeven pas uit te keren als het recht op uitkering ook echt vast staat.

6.4 Discussie over diagnose

Het kan zijn dat u het er niet mee eens bent dat wij op basis van het advies van de door ons aangewezen medisch adviseur vinden dat de verzekerde niet blijvend hulpbehoevend is of dat de ziekte niet onder de dekking valt. We spreken daarvoor af dat hierover dan een uitspraak wordt gedaan door 3 artsen gezamenlijk die voor u en ons bindend is. U mag dan van deze artsen 1 arts aanwijzen, wij 1 en samen benoemen we de derde. Als we er samen niet uitkomen wie de derde arts moet zijn dan vragen we dat aan de bevoegde rechter.

U betaalt de kosten van de door u aangewezen arts en de helft van de kosten van de derde arts. Wij betalen de kosten van de door ons aangewezen arts en de helft van de kosten van de derde arts. De overige kosten betaalt ieder voor de helft. Als u gelijk krijgt van de 3 artsen zullen we alle kosten voor onze rekening nemen.

6.5 Als u of een verzekerde uw verplichtingen niet nakomt

Als u of een verzekerde 1 van de verplichtingen genoemd in dit artikel niet is nagekomen, mogen we beslissen om niet of maar gedeeltelijk uit te keren. Dit kunnen we doen als we zijn benadeeld doordat u of een andere verzekerde een verplichting niet is nagekomen en/of we hierdoor niet kunnen vaststellen of er recht is op een uitkering. Als er opzettelijke misleiding is dan wordt er niet uitgekeerd.

Artikel 7 – De verjaringstermijn

7.1 Verjaringstermijn

Het recht op een uitkering vervalt als er 3 jaar niet is gevraagd aan ons om de uitkering te doen. Dit geldt ook vanaf het moment dat we u of verzekerde een bericht hebben gestuurd dat we geen uitkering gaan doen. U kunt de looptijd van 3 jaar stoppen door een schriftelijk bericht aan ons te sturen dat u of verzekerde wel een uitkering zou willen krijgen. Nadat wij daarop hebben gereageerd, begint de termijn van 3 jaar steeds opnieuw te lopen.

Wanneer een ziekte zich langzaam ontwikkelt en er in eerste instantie nog geen recht op een uitkering is, dan is het mogelijk om ook na die periode van drie jaar toch een uitkering te krijgen indien dan wel voldaan wordt aan de definitie van de ziekte zoals deze in de bijlage is opgenomen.

Artikel 8 – Wijziging van premie en/of voorwaarden

8.1 Wijziging van premie en/of voorwaarden

Wij hebben het recht de premie en/of voorwaarden voor meerdere verzekeringen tegelijkertijd te wijzigen. Dat is omdat er in de toekomst situaties kunnen zijn waarvan wij nu nog niet kunnen voorspellen of ze gaan voorkomen. Doorgaans beoordelen wij de resultaten van de portefeuille, algemene gezondheidsaspecten, veranderde maatschappelijke trends, wet- en regelgeving. Op basis daarvan bepalen wij of wij de premies en/of voorwaarden wijzigen. Wij sturen u dan een bericht dat de premie of voorwaarden zijn gewijzigd en die gelden dan vanaf dat het moment waarop de wijziging in gaat.

8.2 Als u niet akkoord gaat met de wijziging

Als u niet akkoord bent met een wijziging, dan is de verzekering direct opzegbaar. Dit staat ook in artikel 5.3.

Artikel 9 – Adreswijzigingen en berichten aan ons of Independer

9.1 Adreswijziging

U moet adreswijzigingen van u of een verzekerde binnen 1 maand aan Independer laten weten.

9.2 Berichten

9.2.1 Wij, of Independer, sturen berichten aan u rechtstreeks naar het laatste bij ons bekende (e-mail) adres.

9.2.2 Als u aan Independer een bericht stuurt dan kunt u dat richten aan Independer, Celebeslaan 2, 1217 GV Hilversum of info@independer.nl. Vermeld u daar dan de gegevens van uw polis bij.

Artikel 10 – Toepasselijk recht en bevoegde rechter

10.1 Toepasselijk recht

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

10.2 Bevoegde rechter

Geschillen kunnen we voorleggen aan een bevoegde rechter in Nederland. We kunnen hier ook andere afspraken samen over maken als we het daar samen over eens worden.

Artikel 11 – Klachten en waarschuwingen

11.1 Klachten

Uw klachten kunt u voorleggen aan Independer of aan ons, de verzekeraar. Voor Independer kan dat naar info@independer.nl. Voor Chubb kunt u mailen naar info.benelux@chubb.com.

11.2 Als we het niet met elkaar eens zijn

Als u het niet eens bent met onze beslissing op uw klacht en u van mening bent dat wij van de verkeerde gegevens zijn uitgegaan bij de beoordeling, kunt u dat aan ons laten weten. Als wij ook met de nieuwe gegevens een beslissing nemen waar u het niet mee eens bent, kunt u een klacht indienen bij het onafhankelijke Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900 3552248 (€0,10 /min). Wanneer u of verzekerde niet bij het Kifid wil klagen, kunt u ook een beslissing van de rechter vragen.

Artikel 12 – Hoe we omgaan met uw gegevens

12.1 Verwerking persoonsgegevens

Wij hebben uw gegevens gekregen voor deze verzekering. We verwerken uw gegevens om de verzekering voor u te kunnen uitvoeren en om goed zicht te hebben op de uitkeringen die wij voor al onze verzekeringen moeten doen. Ook gebruiken we de gegevens voor reclame aan u en om de wereld van banken en verzekeraars eerlijk en veilig te kunnen houden. Op de verwerking van persoonsgegevens is een gedragscode van toepassing: de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van het Verbond van Verzekeraars waar wij lid van zijn. Een consumentenbrochure van de Gedragscode kunt u opvragen bij Chubb European Group SE, telefoonnummer 010 289 3500. De volledige tekst van de Gedragscode kunt u ook lezen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500). U of verzekerde heeft het recht op toegang tot de persoonsgegevens die wij hebben. Als de gegevens onjuist, niet volledig of niet belangrijk zijn kunt u ze laten verbeteren of verwijderen. Als u niet wil dat wij de gegevens voor reclames aan u gebruiken, kunt u ons een bericht sturen.

Wij zullen uw gegevens in ieder geval niet gebruiken voor telemarketing als deze persoonsgegevens zijn opgenomen in het Bel-me-niet register.

12.2 Gebruik persoonsgegevens

Het is voor u en voor Independer noodzakelijk als Independer uw gegevens rechtstreeks doorstuurt naar ons. Wij kunnen zo bij een schademelding uw claim efficiënt afhandelen. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd. Voor het afhandelen van uw melding is het altijd nodig dat wij uw persoonlijke gegevens ontvangen.

Artikel 13 – Fraude

Materiële controle en fraudeonderzoek wordt verricht zoals dat in de wet is bepaald. Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op uitkering. En u moet de door ons uitgekeerde bedragen aan ons terugbetalen. U moet ook de kosten die voortkomen uit het onderzoek naar fraude betalen. Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplachtige of medepleger in ons Incidentenregister. Ook kunnen uw persoonsgegevens en die van de medeplachtige en medepleger worden geregistreerd:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw Steuntje-in-de-rug verzekering kan worden beëindigd.

Artikel 14 – Clausule Terrorismedekking

Op deze verzekering is het 'Clausuleblad Terrorismedekking bij de NHT' van toepassing. Het Clausuleblad Terrorismedekking, het Protocol afwikkeling Claims en de Toelichting Protocol afwikkeling Claims kunt u lezen en downloaden via de website van het NHT, www.terrorismeverzekerd.nl. Ook kunt u het clausuleblad bij ons opvragen.

Artikel 15 - Sanctieclausule

Er zijn tegen personen en bedrijven sancties uitgeroepen. Dat wil zeggen dat beslist is dat wij met deze personen of bedrijven geen verzekeringen mogen aangaan of als de verzekering al loopt die moeten beëindigen. Ook mogen we geen uitkering doen.

Wij mogen dus geen dekking bieden en geen uitkering of schadevergoeding betalen of een ander voordeel te geven als wij of een ander bedrijfsonderdeel van de groep bedrijven waar wij bij horen het risico loopt om een sanctie, verbodsmaatregel of beperking op grond van een resolutie van de Verenigde Naties of de handels- en economische sancties, wetten of verordeningen van de Europese Unie, van één van haar lidstaten, en/of van de Verenigde Staten van Amerika te krijgen.

Artikel 16 – Begripsomschrijvingen

16.1 Arts

Een officieel erkende in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in de daarvoor speciaal gemaakte registers. Het gaat dan om:

- 1) het BIG-register (BIG staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg register), en/of
- 2) het specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG, en/of
- 3) het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

De arts mag niet u zelf, de verzekerde of een familielid van u of de verzekerde zijn tot in de derde graad. Het mag dus in ieder geval niet gaan om een arts die uw partner, een kind of kleinkind, een broer, zus, oom, tante, neef of schoonfamilie is.

16.2 Looptijd van de verzekering

De periode tussen de ingangs- en einddatum van de verzekering. Zie daarvoor ook artikel 5.

16.3 Molest

Bij molest gaat het om een woord dat gebaseerd is op een officieel vastgelegde omschrijving. Deze omschrijving is vastgelegd door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 bij de rechtbank Den Haag onder nummer 136/1981. Alle verzekeraars in Nederland gebruiken dezelfde omschrijving. Het gaat om situaties waarbij sprake is van gewapende conflicten, burgeroorlogen, opstanden, onlusten, oproer of mouterij:

- Gewapend conflict - dit is het geval wanneer een staat, een Vredesmacht van de Verenigde Naties of andere georganiseerde partijen militairen inzet en/of militaire wapens gebruikt. Onder gewapend conflict verstaan wij ook het gewapend optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties.
- Burgeroorlog - dit is georganiseerd geweld tussen inwoners van een land waaraan een groot deel van de inwoners meedoet.
- Opstand - georganiseerd gewelddadig verzet in een land tegen het openbaar gezag zoals bijvoorbeeld tegen een overheid.
- Binnenlandse onlusten - dit zijn georganiseerde gewelddadige acties op verschillende plaatsen in een land.
- Oproer - dit is een georganiseerde gewelddadige groep, die is gericht tegen het openbaar gezag, bijvoorbeeld tegen de overheid van een land.
- Mouterij - dit is een georganiseerde gewelddadige actie van leden van bijvoorbeeld het leger. De actie is gericht tegen de leiding van de groep.

16.4 Vaste woonplaats

Dat is de plaats die het hoofdverblijf is van de verzekerde. Het gaat dan om de woning die echt het thuis is van verzekerde en waar dus de belangrijkste dingen in het leven van een verzekerde gebeuren. U moet dan denken aan de plaats waar de nacht wordt doorgebracht, de meeste maaltijden gegeten, post en bezoek wordt ontvangen, de verzorging plaats vindt, de partner woont, waar de bankrekeningen lopen enzovoorts.

16.5 Premie

Het bedrag dat u aan ons moet betalen. Dit bedrag vindt u op het polisblad dat u van ons heeft gekregen.

16.6 Premievervaldatum

Dit is de datum die op het polisblad staat. De premievervaldatum is de dag waarop u de premie maandelijks vooraf moet betalen.

16.7 Verzekeraar

Chubb European Group SE. In deze polisvoorwaarden is de verzekeraar ook 'we', 'wij', 'ons' en 'onze'. Als wij vragen en antwoorden of gegevens over uw gezondheid ontvangen, dan is 'we', 'wij', 'ons' en 'onze' altijd alleen de medische afdeling. Zo komen uw gegevens alleen terecht daar waar ze noodzakelijk zijn.

Chubb European Group SE is een onderneming die valt onder de Franse Wet op de Verzekeringen (Code des Assurances) met registratienummer 450 327 374 RCS Nanterre. Statutaire zetel: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrijk. Chubb European Group SE heeft een volledig volgestort maatschappelijk kapitaal van €896.176.662 en valt onder het toezicht van de 'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution' (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Chubb European Group SE, Nederlands bijkantoor, Marten Meesweg 8-10, 3068 AV Rotterdam, is ingeschreven bij KvK Rotterdam onder nummer 24353249. In Nederland valt zij tevens onder het gedragstoezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM).

16.8 Verzekerde

Op het polisblad is de verzekerde bij naam genoemd. Hiermee bedoelen we de persoon (of personen) die de Steuntje-in-de-rug verzekering via Independer heeft afgesloten. De kinderen van deze persoon zijn gratis meeverzekerd, maar staan niet met naam op de polis vermeld.

16.9 Verzekeringnemer

Dat is de natuurlijke persoon die de verzekering afsluit en moet zorgen dat de premies aan ons betaald worden. De verzekeringnemer wordt in de voorwaarden ook 'u' of 'uw' genoemd.

16.10 Ziekte

Een medische toestand waardoor je niet alle dingen kunt doen die andere mensen van jouw leeftijd doorgaans wel kunnen. Denk hierbij aan werken, jezelf of anderen verzorgen, sporten etc. De verslechtering van de gezondheidssituatie is niet veroorzaakt door een ongeval.

16.11 Diagnose

De eerste vaststelling van de gedekte ziekte door een daartoe bevoegde medisch specialist.

16.12 Medisch specialist

Een medisch specialist is een arts met de kennis en ervaring om een bepaald specialisme te kunnen uitoefenen. In Nederland zijn er eisen vastgesteld voor erkenning van een arts als medisch specialist. Veelal moet deze na de algemene artsenopleiding een aanvullende opleiding volgen. Bepaalde medische handelingen en het recht om de bijbehorende beroepstitel te voeren, kunnen voorbehouden zijn aan artsen die voldoen aan deze eisen.

Een officieel erkende in Nederland gevestigde medisch arts, niet zijnde de huisarts, die is ingeschreven in de daarvoor speciaal gemaakte registers. Het gaat dan om:

- 1) het BIG-register (BIG staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg); en/of
- 2) het specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG.

De arts mag niet u zelf, de verzekerde of een familielid van u of de verzekerde zijn tot in de derde graad. Het mag dus in ieder geval niet gaan om een arts die uw partner, een kind of kleinkind, een broer, zus, oom, tante, neef of schoonfamilie is.

16.13 Medisch adviseur

Een officieel erkende in Nederland gevestigde arts die ons medisch advies geeft en die is ingeschreven in de daarvoor speciaal gemaakte registers. Het gaat dan om:

- 1) het BIG-register (BIG staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg); en/of
- 2) het specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten van de KNMG

16.14 Uw kinderen

Een kind of kinderen die verzekerd zijn onder deze polis. Deze kinderen zijn uw biologische kinderen, geadopteerde kinderen of pleegkinderen. Voor pleegkinderen geldt dat het kind tenminste 3 maanden op hetzelfde adres als verzekeringnemer stond ingeschreven voorafgaand aan de diagnose.

16.15 Ongeval

Het gaat om een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. Na het ongeval moeten we onder andere op basis van informatie van een arts kunnen vaststellen dat u hierdoor objectief gezien direct en alleen door het ongeval lichamelijk gewond bent geraakt. U bent

dan gewond geraakt door iets wat plotseling, onverwacht en onvrijwillig van buitenaf kwam en dus in ieder geval niet door een ziekte. Er is voor deze verzekering ook sprake van een ongeval als wij mede op basis van wat een arts adviseert, kunnen vaststellen dat u gewond bent geraakt door het plotseling, onverwacht en onvrijwillig ontstaan van:

- 1) vergiftiging door het plotseling en niet gewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen. Een vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen of het binnenkrijgen van stoffen waarvoor u allergisch bent, is voor deze verzekering geen ongeval;
- 2) het na een ongeval niet goed verlopen van door of op voorschrift van een arts verrichte noodzakelijke behandelingen bij de eerste hulp;
- 3) het plotseling of ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in de volgende delen van het lichaam waardoor u inwendig gewond raakt: het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen. Het moet dan niet gaan om het binnenkrijgen van ziektekiemen of stoffen waarvoor u allergisch bent;
- 4) uitputting, verhogering of verdorping als dit is gekomen door plotselinge, onverwachte en onvrijwillige afzondering van andere mensen waardoor u geen hulp kon krijgen om dit te voorkomen;
- 5) een plotselinge versteking, ontwrichting en/of scheuring van spieren of banden uit uw lichaam als een arts dit kan vaststellen;
- 6) zonnebrand, zonnesteek, bevriezing, verdrinking, verstikking, bliksemslag of een andere elektrische ontlading;
- 7) infectie van een wond of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een wond na een ongeval.

Medische fout zien wij ook als een ongeval.

16.16 Geavanceerde hulpmiddelen

Middelen die mensen blijvend nodig hebben om te helpen bij vervoer en verplaatsing, waarbij het niet mogelijk is zich zonder hulp, zonder deze hulpmiddelen te verplaatsen. Bijvoorbeeld een rolstoel voor dagelijks gebruik.

16.17 Independer

Independer.nl NV te Hilversum, Celebeslaan 2, 1217 GV Hilversum, tussenpersoon voor deze verzekering. Independer is uw contactpersoon voor al uw vragen over deze verzekering.

BIJLAGE – PREMIETABEL

Onderstaande premietabel is de premie die betaald wordt door de verzekeringnemer, afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde. De premie verandert wanneer de verzekerde ouder wordt. De premie is inclusief kind of kinderen die verzekerde heeft.

Leeftijd	Maandpremie	Leeftijd	Maandpremie
18	€ 3.96	45	€ 11.37
19	€ 4.04	46	€ 12.18
20	€ 4.13	47	€ 12.94
21	€ 4.21	48	€ 13.80
22	€ 4.31	49	€ 14.75
23	€ 4.41	50	€ 15.85
24	€ 4.53	51	€ 17.00
25	€ 4.67	52	€ 18.21
26	€ 4.82	53	€ 19.44
27	€ 5.00	54	€ 20.74
28	€ 5.18	55	€ 22.21
29	€ 5.38	56	€ 23.91
30	€ 5.68	57	€ 25.87
31	€ 5.96	58	€ 28.08
32	€ 6.24	59	€ 30.55
33	€ 6.55	60	€ 33.26
34	€ 6.89	61	€ 36.16
35	€ 7.20	62	€ 39.18
36	€ 7.52	63	€ 42.32
37	€ 7.87	64	€ 45.60
38	€ 8.18	65	€ 49.02
39	€ 8.50	66	€ 52.67
40	€ 8.90	67	€ 56.51
41	€ 9.27	68	€ 60.62
42	€ 9.68	69	€ 64.96
43	€ 10.24	70	€ 69.52
44	€ 10.77		

Deze premietabel geldt bij aanvraag van de verzekering. Volgens de voorwaarden is het mogelijk dat de verzekeraar de premie aanpast. U zult hier altijd vooraf over op de hoogte worden gesteld.

BIJLAGE – ACCEPTATIEVRAGEN

Het volgende overzicht bevat de acceptatievragen zoals deze gesteld zijn bij het aanvragen van de verzekering.

NR	Vraag	Logica	Toelichting
1	Ben je de afgelopen 5 jaar meer dan 5 aaneengesloten dagen opgenomen geweest in een ziekenhuis of staat er een ziekenhuisbehandeling gepland?	Nee → naar vraag 2 Ja → Afwijzen	Ben je in de afgelopen 5 jaar meer dan 5 aaneengesloten dagen opgenomen geweest in een ziekenhuis of kliniek? Dan kun je in principe geen verzekering afsluiten. Maar in onderstaande vier (4) gevallen kun je ook als je zo'n opname hebt gehad, de verzekering gewoon afsluiten. 1. Een bacteriële infectie waarvoor antibiotica met een infuus is toegediend en waarvan je inmiddels volledig genezen bent. Dit ging dan bijvoorbeeld om aandoeningen zoals blaasontsteking, nierbekkenontsteking, ontsteking van een cyste of een longontsteking. 2. Complicaties bij je zwangerschap zoals eclampsie of te vroeg gebroken vliezen waardoor behandeling met weeënremmers nodig was. 3. Opname na een ongeval waarbij je volledig genezen bent. Denk hierbij bijvoorbeeld aan behandeling van meerdere breuken of letsels die volledig genezen zijn. 4. Opname na een bevalling, bijvoorbeeld met een keizersnee. Ben jij om alleen een van de bovenste redenen opgenomen geweest? Vul dan 'nee' in bij deze vraag. Als er een ziekenhuisopname <i>gepland</i> is kun je op dit moment helaas geen verzekering afsluiten. Maar als die toekomstige behandeling achter de rug is dan kun je daarna alsnog een verzekering afsluiten als je aan alle voorwaarden voldoet.
2	Ben je in de afgelopen 5 jaar behandeld door een medisch specialist? Of verwacht je daar binnenkort een afspraak mee te maken?	Nee → Geaccepteerd Ja, maar alleen voor routineonderzoek, waarbij geen vervolgonderzoek of behandeling nodig was → Geaccepteerd Ja → Naar vraag 3	Een medisch specialist is een arts zoals een internist, chirurg, KNO arts of uroloog. Een huisarts is geen medisch specialist. Onder 'routineonderzoek zonder vervolgonderzoek of behandeling' verstaan wij eenvoudige onderzoeken. Denk hierbij aan een ontstoken ooglid, een allergieonderzoek of een gebroken sleutelbeen. Bij dit soort aandoeningen mag je dus de tweede optie met 'ja' aankruisen, ook als je voor die aandoening wel een behandeling hebt gehad. Ook doktersbezoeken voor een zwangerschap of bevalling zonder medische complicaties zien wij als routineonderzoeken zonder vervolgonderzoek of behandeling. Twijfel je? Weet je niet zeker in welke categorie jouw onderzoek of behandeling valt? Kijk dan naar de 'Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen' (ADL). Als de klachten je niet beperken bij één of meer van de zes ADL's, dan spreken we van routineonderzoek. Word je door je klachten wel beperkt bij minimaal één van de zes ADL's, dan is er geen sprake van routineonderzoek. Dit zijn de zes Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL).

			1. Mobiliteit Het vermogen om je binnenshuis te verplaatsen van kamer naar kamer op een vlak oppervlak in de normale woonomgeving. Zo nodig met behulp van passende hulpmiddelen, zoals een looprekje, wandelstok etc. 2. Verzorging De mogelijkheid om jezelf op meerdere manieren te wassen en te verschonen, een redelijke mate van persoonlijke verzorging en netheid te handhaven. Zo nodig met behulp van passende hulpmiddelen, zoals steunen, leuningen of een badlift. 3. Aan- en uitkleden Het vermogen om alle benodigde kleding aan- en uit te trekken. En indien van toepassing ook beugels, eventuele kunstledematen of andere chirurgische voorzieningen die medisch noodzakelijk zijn los en vast te maken. 4. Eten en drinken Het vermogen om voedsel en drank te nuttigen. Zo nodig nadat het is voorbereid met passende hulpmiddelen zoals een blender. 5. Transfers Het vermogen om in of uit een bed, stoel of rolstoel te stappen. 6. Continentie Het vermogen om de functie van de darmen en de blaas te beheersen. Indien nodig met beschermende onderkleding of chirurgische hulpmiddelen, zodat er een adequaat niveau van persoonlijke verzorging kan worden gehandhaafd. Of, wanneer het niet mogelijk is de blaas en darmfunctie te controleren, het vermogen hebben om de persoonlijke hygiëne te onderhouden (waaronder het gebruik van een katheter of een colostomiezak).
3	Ben je in de afgelopen 5 jaar langer dan 14 aaneengesloten dagen ziek geweest of ben je op dit moment ziek?	Nee → naar vraag 4 Ja → Afwijzen	Met 'ziek' bedoelen we een medische toestand waardoor je niet alle dingen kunt doen die andere mensen van jouw leeftijd doorgaans wel kunnen. Denk hierbij aan werken, jezelf of anderen verzorgen, sporten etc. Botbreuken of spierblessures waar je langer dan twee weken rust voor hebt genomen maar die volledig genezen zijn, tellen bij deze vraag niet mee. Maar in een aantal gevallen kun je ook als je langer dan twee weken ziek bent geweest, de verzekering gewoon afsluiten. - Een bacteriële infectie waarvoor antibiotica met een infuus is toegediend en waarvan je inmiddels volledig genezen bent. Dit ging dan bijvoorbeeld om aandoeningen zoals blaasontsteking, nierbekkenontsteking, ontsteking van een cyste of een longontsteking. - Complicaties bij je zwangerschap zoals eclampsie of te vroeg gebroken vliezen waardoor behandeling met weeënremmers nodig was.

			- Als gevolg van een ongeval waarbij je volledig genezen bent. Denk hierbij bijvoorbeeld aan behandeling van meerdere breuken of letsels die volledig genezen zijn. - Complicaties van een medische behandeling waarvan je inmiddels volledig genezen bent. Voorbeelden hiervan zijn trombose in je been, compartimentensyndroom, delier of ACNES na bijvoorbeeld een blindedarmoperatie. - Na een bevalling, bijvoorbeeld met een keizersnee. - Als gevolg van psychische klachten Ben jij alleen om een van de bovenstaande redenen ziek geweest? Dan mag je deze vraag dus ook met 'Nee' beantwoorden.
4	Ben je in de afgelopen 5 jaar behandeld of begeleid voor alcohol of drugsgebruik, het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat?	Nee → naar vraag 5 Ja → Afwijzen	Met 'behandelingen aan het zenuwstelsel' bedoelen wij alle neurologische behandelingen, zoals de ziekte van Alzheimer, hersenvliesontsteking of een hernia. Onder het 'bewegingsapparaat' worden botten, gewrichten, skeletspieren, pezen en motorische zenuwen bedoeld die zorgen voor de lichaamshoudingen en –bewegingen. Behandelingen door een fysiotherapeut, chiropractor of podotherapeut zien wij niet als een behandeling aan het bewegingsapparaat als daarbij, buiten de verwijzende huisarts, geen arts betrokken is. Verder kun je botbreuken of spierblessures die volledig genezen zijn hier negeren.
5	Wacht je op dit moment op de resultaten van een medisch onderzoek of tests?	Nee → Geaccepteerd Ja → Afwijzen	Als er een medisch onderzoek gepland is kun je op dit moment geen verzekering afsluiten. Als dat onderzoek is geweest, kun je gewoon een verzekering afsluiten als je aan deze en de overige voorwaarden voldoet.

☐ Ik weet dat ik – of mijn kinderen - geen uitkering krijgen:

- Voor een ziekte waarvoor in het verleden een diagnose is gesteld.
- Waarvoor het onderzoek dat tot zo'n diagnose kan leiden al is gestart.
- Of als de diagnose van een ziekte binnen 90 dagen na ingang van de polis gesteld wordt.

Voor deze uitzonderingsgevallen, is de 90-dagen wachttijd niet van toepassing en heb je direct dekking.

- Hartaanval
- Beroerte
- Polytrauma
- Brandwonden
- Ongevallen
- Medische fout

BIJLAGE – GEDEKTE ZIEKTES

In deze bijlage vindt u de beschrijving van de gedekte ziektes. Hier komen ook veel medische termen in voor. Om onduidelijkheid te voorkomen verwijzen we regelmatig naar de officiële benaming. Wel zijn medische termen zoveel mogelijk toegelicht.

Kanker – met uitsluiting van minder gevorderde gevallen	Goedaardige hersentumor
Hartaanval – met als gevolg verminderde hartfunctie	Beroerte – met als gevolg blijvende neurologische stoornissen
Aortachirurgie	Hersenchirurgie
Bypassoperatie	Hartklepoperatie
Beenmergtransplantatie	Orgaantransplantatie
Gevorderde dementie (inclusief Alzheimer)	Aplastische anemie
Bacteriële meningitis	Chronisch nierfalen
Chronisch leverfalen	Chronisch ademhalingsfalen
Ziekte van Crohn	Coma – minimaal 4 dagen
Diabetes Type 1	Encefalitis
Idiopathische pulmonale hypertensie	Gehoorgehoorverlies – blijvend en onomkeerbaar
Verlies van spraak – blijvend en onomkeerbaar	Lupus Nefritis
Ziekte van Lyme	Motor neuron ziekte
Multiple Sclerose (MS)	Verlamming – geheel van minimaal 2 ledematen
Ziekte van Parkinson	Reumatoïde artritis
Polytrauma	Ernstige brandwonden
Ernstige visuele beperking	Tekenencefalitis (TBE)
Colitis ulcerosa	Overige ziektes, ongevallen en medische fouten

1) Kanker – met uitsluiting van minder gevorderde gevallen

1. Dit betekent elke kwaadaardige ziekte die wordt gekenmerkt door een abnormale en ongecontroleerde groei en verspreiding van kwaadaardige cellen die het gezonde weefsel infiltreren en vernietigen. De diagnose moet worden onderbouwd door bewijs uit de weefselleer – in het geval van kankersoorten waarvoor therapie over het hele lichaam benodigd is – en bewijs uit de celleer.
2. Dekking zoals beschreven in de bovenstaande definitie is niet van toepassing voor onderstaande aandoeningen:
 - a. carcinoma in situ – dit is een kwaadaardige tumor die het omliggende weefsel nog niet heeft aangetast en nog niet is uitgezaaid;
 - b. huidkanker anders dan kwaadaardige tumoren die voortkomen uit een moedervlek, wat is veroorzaakt door infiltratie buiten de opperhuid;
 - c. kwaadaardige aandoeningen van de prostaat tenzij er sprake is van verbetering tot tenminste de TNM classificatie (UICC, vanaf 2016) T2N0M0;
 - d. ieder kwaadaardige vermenigvuldiging van knobbeltjes van de schildklier tenzij er sprake is van progressie tot tenminste de TNM classificatie (UICC, vanaf 2016) T2N0M0;
 - e. iedere ziekte van Hodgkin of non-Hodgkin tenzij er sprake is van progressie tot tenminste de Ann Arbor classificatie (vanaf 2016) stadium 2. De Ann-Arbor classificatie is een methode om het stadium van kanker in het lymfeklier gebied te vast te stellen;
 - f. iedere leukemie die niet de oorzaak is van relevante klinische bloedarmoede.

De TNM-classificatie is het systeem voor het bepalen van het stadium van kanker en is een manier om de ernst van de tumoren aan te geven. De T beschrijft de grootte van de tumor zelf en hoe erg de tumor omliggende weefsels heeft vernietigd. De N geeft de mate aan waarin de tumor is uitgezaaid naar de omliggende lymfeklieren. De M geeft aan hoe erg de tumor is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam.

3. De volgende ziektes worden voor bovenstaande definitie niet als kanker gezien:
 - a. pre-maligniteit - Dit is een tumor die kwaadaardig kan worden en in een vroeg stadium volledig kan worden behandeld;
 - b. non-invasief – Die niet verder reikt dan een deel van het lichaam en die zich niet uitzaait naar de omliggende weefsels of die niet migreert buiten de weefsels waar ze ontstaan is;
 - c. net niet kwaadaardig (borderline maligniteit) of maligniteit met een laag kwaadaardig potentieel;
 - d. cervicale dysplasie CIN-1, CIN-2 of CIN-3. Dit is een afwijking van de weefselstructuur in de baarmoederhals. De cellen zijn afwijkend maar er is geen sprake van kanker.

2) Goedaardige hersentumor – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een niet kwaadaardig, maar wel levensbedreigend neoplasma in de hersenen. Een neoplasma is een bepaald soort abnormale en excessieve groei, ook wel een gezwel.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - a. de aanwezigheid van de tumor moet worden aangetoond door magnetic resonance imaging (MRI-scan), computerised tomografie (CT-scan) of door vergelijkbare geschikte beeldvormingstechnieken;
 - b. ernstige gevolgen van de tumor zoals intracraniale (binnen de schedel) druk, het voor de eerste keer voorkomen van epileptische aanvallen of motorische of sensorische stoornissen die objectief zijn vast te stellen; en
 - c. de tumor:
 - i) heeft tot gevolg het ondergaan van een operatie voor het volledig, of zoveel mogelijk verwijderen van de tumor; of
 - ii) wordt behandeld met chemotherapie of radiotherapie; of
 - iii) bevindt zich in het stadium waarbij alleen verlichtende zorg nog mogelijk is.
3. Cysten, verkalkingen, gezwellen, malformaties in of van de bloedvaten of aderen in de hersenen of hematomen (bloeduitstortingen in de huid) zijn uitgesloten.

3) Hartaanval – met als gevolg een verminderde hartfunctie

1. Dit betekent het afsterven van een deel van de hartspier doordat er niet genoeg bloed naar dit gebied gaat. Dit is als gevolg van een vernauwing of verstopping van de kransslagaders wat uit de volgende symptomen blijkt:
 - a. typische symptomen van een acute hartaanval. Dit is nieuw ontstaan en treedt plotseling op
 - b. nieuwe karakteristieke elektrocardiogram (ECG) veranderingen die wijzen op een hartaanval
 - c. voorbijgaande toename van cardiale troponine T of I of van hartenzymen, waaronder CKMB, boven de algemeen aanvaardbare laboratoriumreferentiewaarden voor een hartaanval. De genoemde stoffen komen specifiek voor bij een hartaanval. Er is sprake van een verhoging boven normale waarden.
 - d. bewijs van blijvende vermindering van de ejectiefractie van de linker hartkamer onder de 50% als gevolg van de hartaanval, gemeten op zijn vroegst 1 maand na de gebeurtenis. De ejectiefractie is een percentage dat

- uitdrukt hoeveel bloed er bij het samentrekken van de hartspier uit de linker- of de rechterkamer wordt geperst.
2. Met betrekking tot de bovenstaande definitie valt het volgende niet onder de dekking:
- iedere gebeurtenis die niet als hartaanval door een cardioloog of arts is bevestigd;
 - een hartaanval waarbij niet is vastgesteld op welke leeftijd dit heeft plaatsgevonden
 - een verhoging van meetbare toestand van het hart direct veroorzaakt door een hart procedure via de aders, waaronder, maar niet beperkt tot, hartkatheterisatie en dotteren.

4) Beroerte – met als gevolg blijvende neurologische stoornissen

1. Dit betekent het afsterven van hersenen of van het weefsel van het ruggenmerg in een beperkt gebied veroorzaakt door een acute niet-traumatische bloeding of ischemie (onvoldoende bloed) in de hersenen of de wervelkolom met als gevolg ernstige blijvende en blijvend slecht neurologisch functioneren. Er is sprake van slecht functioneren als u voortaan hulp nodig heeft bij 1 of meer algemene dagelijkse levensverrichtingen.
2. De diagnose moet worden onderbouwd door beeldvormende techniek (bijvoorbeeld computed tomografie (CT-scan), magnetic resonance imaging (MRI-scan)) die de relatie aantoont tussen de neurologische stoornis en het recent aangedane gebied van de hersenen of wervelkolom.
3. De beoordeling van de blijvende onomkeerbare neurologische stoornis kan niet eerder dan 3 maanden na de beroerte plaatsvinden.
4. Met betrekking tot de bovenstaande definitie valt het volgende niet onder de dekking:
 - a. TIA (transient ischaemic attack)
 - b. een beroerte waarbij niet is vastgesteld op welke leeftijd dit heeft plaatsgevonden
 - c. een diagnose van de beroerte die alleen gebaseerd is op biomarkers
 - d. een beroerte die alleen invloed heeft op de reuk (olfactorisch vermogen) of op vestibulair (evenwicht) functieverlies

5) Aortachirurgie

1. Dit betekent het ondergaan van een operatie, thoracotomie of laparotomie, om de aorta te herstellen/ repareren of gedeeltelijk te vervangen als gevolg van een aorta-aneurysma, een vernauwing (coarctatie) van de aorta of als gevolg van een traumatische scheuring van de aorta. Voor de toepassing van deze definitie wordt onder de aorta verstaan de aorta in de borstkas en de buik, niet de aftakkingen (branches).

Een thoracotomie is een chirurgische ingreep waarbij de borstkas wordt geopend om het hart te bereiken.

Een laparotomie is een operatie, waarbij de buik (het abdomen) geopend wordt via een incisie (snee) in de buikwand.

Een aneurysma is een verwijding in een deel van het vaatstelsel. Het kan zich zowel in een slagader, een ader als in het hart bevinden.

6) Hersenchirurgie – via craniotomie of endoscopisch (keyhole access)

1. Dit betekent het ondergaan van een hersenoperatie via craniotomie of keyhole access om een ernstige ziekte of verwonding te behandelen.

2. De procedure moet worden uitgevoerd door een gekwalificeerd neurochirurg.
3. Iedere ingreep waarvoor geen incisie in de schedel is vereist is uitgesloten.

7) Bypassoperatie (Coronary Artery Bypass Grafting)

Dit betekent het ondergaan van een bypassoperatie voor het overbruggen van een aangetoonde vernauwing (constrictie) of afsluiting (occlusie) van tenminste 1 coronair bloedvat (kransslagader).

8) Hartklepoperatie

Dit betekent het ondergaan van een transkatheter hartklepvervanging of het ondergaan van een openhartoperatie via thoracotomie, om tenminste 1 hartklep te vervangen of te herstellen. Een thoracotomie is een chirurgische ingreep waarbij de borstkas wordt geopend om het hart te bereiken.

9) Beenmergtransplantatie

1. Dit betekent het ondergaan van mens tot mens transplantatie van hematopoietische stamcellen - uit deze cellen worden alle bloedcellen gevormd en het vormingsproces wordt hematopoëse genoemd - van een donor aan de verzekerde voorafgegaan door een beenmerg ablatie (total bone marrow ablation). Dit is een procedure waarbij beenmerg wordt aangetast door middel van straling of hoge doses anti-kanker medicijnen. Het wordt gedaan voorafgaand aan een beenmergtransplantatie en maakt plaats voor gezonde cellen.
2. Autologe stamceltransplantatie, hierbij worden de stamcellen bij de patiënt zelf geogst en later weer toegediend, is uitgesloten.

10) Orgaantransplantatie

1. Dit betekent het ondergaan van mens tot mens transplantatie van de nier, long, alvleesklier, het hart of van ten minste 1 volledige kwab van de lever van een donor aan de verzekerde.
2. Autologe transplantatie, ofwel de terugplaatsing van eigen stamcellen, en de transplantatie van enige andere organen, delen van organen, weefsels of cellen dan bovengenoemd (met uitsluiting van de kwab van de lever), zijn uitgesloten.

11) Gevorderde dementie (incl. de ziekte van Alzheimer)

1. Dit betekent een aanzienlijke verslechtering van cognitieve vaardigheden als gevolg van een dementerende ziekte zoals de ziekte van Alzheimer.
2. voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle onderstaande criteria is voldaan:
 - a. de verzekerde heeft, als gevolg van de ziekte, het blijvende en onomkeerbare onvermogen:
 - i) om tenminste 3 van de 6 algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) uit te voeren zoals in sectie 36 van deze bijlage beschreven; of
 - ii) om een score van minimaal 9 te behalen in het MMSE of een gelijkwaardig resultaat in een andere test die wordt erkend om de ernst van de cognitieve stoornis te meten. De MMSE is een test bij een vermoeden van dementie of geheugenproblemen. De MMSE meet verschillende vaardigheden van de hersenen; of
 - iii) om te leven zonder doorlopend toezicht van anderen om te voorkomen dat hij/zij zichzelf of anderen ernstige schade toebrengt door eigen handelen of het onvermogen om juist te handelen. Hieronder wordt ook verstaan het weglopen van huis, fysieke agressie, verwaarlozing van zichzelf, verkeerde inschatting van of het

- veroorzaken van situaties die gevaarlijk zijn voor zichzelf en/of voor anderen.
- b. de claim moet worden onderbouwd met gedocumenteerd bewijs van de dementie met inbegrip van technieken die op het moment beschikbaar zijn voor de diagnose en gestandaardiseerde inschaling om de cognitieve functie te meten; en
 - c. de diagnose moet worden gesteld door een deskundige op het gebied van cognitieve stoornissen. Cognitie heeft betrekking op het (leren) kennen.
3. Andere mentale gezondheidsstoornissen (bijv. affectieve stoornissen) of ziektes die secundair zijn aan, het gevolg van, drugs- of alcoholmisbruik zijn uitgesloten.

12) Aplastische anemie – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent het onomkeerbaar beenmergfalen met als gevolg:
 - bloedarmoede (of anemie);
 - neutropenie – dit is een tekort aan circulerende neutrofiële granulocyten. Deze witte bloedcellen zijn erg belangrijk bij het beschermen tegen infecties en vormen daarmee een belangrijk onderdeel van het immuunsysteem;
 - trombocytopenie - dit betekent dat er te weinig bloedplaatjes (trombocyten) in het bloed aanwezig zijn.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan beide volgende criteria wordt voldaan:
 - a. de diagnose moet zijn gesteld mede op basis van een beenmergpunctie of een biopsie; en
 - b. een bloedtest (perifeer bloed) moet ten minste aan 2 van de 3 volgende criteria voldoen:
 - i) het aantal neutrofielen is minder dan 1×10^9 /liter. Deze witte bloedcellen zijn erg belangrijk bij het beschermen tegen infecties en vormen daarmee een belangrijk onderdeel van het immuunsysteem;
 - ii) het aantal reticulocyten is minder dan 1% van de erythrocyten. Reticulocyten zijn onvolgroeide rode bloedcellen (erythrocyten);
 - iii) het aantal bloedplaatjes is minder dan 50×10^9 /liter.
3. Aplastische anemie als gevolg van een medische behandeling (bijv. NSAR, gold-, bestraling- of chemotherapie) is uitgesloten.

13) Bacteriële meningitis – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een ontsteking door een bacterie van de membranen die de hersenen of het ruggenmerg bedekken. Membranen zijn dunne vliezen en hebben de functie om bepaalde stoffen door te laten en andere tegen te houden.
2. De ziekte moet een neurologische disfunctiestoornis als gevolg hebben wat het blijvende en onomkeerbare onvermogen van de verzekerde veroorzaakt:
 - a. om ten minste 1 van de 6 algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) uit te voeren zoals in sectie 36 van deze bijlage is beschreven; of
 - b. om verbaal te communiceren met hun omgeving; of
 - c. om een score van meer dan 15 te behalen in de MMSE. De MMSE is een test bij een vermoeden van dementie of geheugenproblemen. De MMSE meet verschillende vaardigheden van de hersenen.
3. De diagnose van de neurologische stoornis moet worden bevestigd door een gekwalificeerde medisch specialist.
4. Het is vereist om de neurologische stoornis 3 maanden na de infectie te beoordelen.

14) Chronisch nierfalen

1. Dit betekent het blijvende en onomkeerbare verlies van het functioneren van beide nieren, waardoor regelmatige nierdialyse noodzakelijk is, of wanneer er een niertransplantatie wordt uitgevoerd.
2. De diagnose moet worden bevestigd door een gekwalificeerde nefroloog.

15) Chronisch leverfalen

1. Dit betekent het blijvende en onomkeerbare verlies van de leverfunctie.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - a. ascites is aanwezig. Ascites heet ook wel buikwaterzucht of waterbuik en is de medische term voor het aanwezig zijn van vocht in de buikholte;
 - b. albuminewaarde is minder dan of gelijk aan 3.5 g/dl (35 g/liter). Albumine is het meest voorkomende eiwit in het bloed en regelt de vochtbalans van het bloed en zorgt voor het transport van bepaalde hormonen, voedingsstoffen en vitaminen; en
 - c. INR (International Normalised Ratio) is groter dan 2,2. De International Normalized Ratio (INR) is een maat voor de stollingstijd van bloed. Het geeft aan hoeveel langzamer het bloed van de patiënt stolt dan bij iemand zonder afwijkende bloedstolling.
3. Leverziekte secundair aan of het gevolg van alcohol- of drugsmisbruik is uitgesloten.

16) Chronisch ademhalingsfalen

1. Dit betekent het blijvende en onomkeerbare verlies van de longfunctie.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle volgende criteria, voor een periode van ten minste 3 maanden, wordt voldaan:
 - a. de verzekerde ontvangt voor ten minste 15 uur per dag aanvullende zuurstoftherapie;
 - b. de partiële zuurstofdruk van de verzekerde is minder dan 55 mmHg/7.33 kPa; en
 - c. de diagnose moet worden bevestigd door een gekwalificeerde longarts.

17) De ziekte van Crohn – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een ziekte die over het hele lichaam is verspreid, wat met name betrekking heeft op het maagdarmkanaal, met terugkerende en aanhoudende diarree vaak gepaard gaande met bloed en slijm.
2. Om in aanmerking te komen voor een uitkering moet aan alle volgende voorwaarden worden voldaan:
 - a. de ziekte heeft geleid tot de vorming van fistels in het maagdarmkanaal;
 - b. de ziekte heeft geleid tot een verstopping van de dunne darm, een darmperforatie, een stoma (kunstmatige darmuitgang) of een secundaire amyloïdose. Amyloïdose is een aandoening die ontstaat door de opeenhoping van zetmeelachtige eiwitten (amyloïden) in een of meer organen;
 - c. de diagnose moet worden onderbouwd door een weefselmonster te onderzoeken (biopsie) en histologisch bewijs.

18) Coma – gedurende tenminste 4 dagen

1. Dit betekent een toestand van bewusteloosheid zonder reactie op externe prikkels of interne behoeftes, continu aanhoudend voor ten minste 96 uren waarbij het gebruik van levensonderhoudende systemen noodzakelijk is.

2. De medische indicatie voor een kunstmatige coma moet worden bevestigd door een gekwalificeerd medisch specialist.
3. Recht op een uitkering bestaat ook als de coma, zonder levensonderhoudende systemen, voor ten minste 2 maanden heeft aangehouden.

19) Diabetes Type I

1. Dit betekent een blijvende stoornis van de koolhydraat-, vet- en proteïnestofwisseling als gevolg van insulinedeficiëntie. De alvleesklier functioneert daarbij niet of onvoldoende en er wordt geen of te weinig insuline geproduceerd. Een tekort aan insuline leidt tot diabetes, ook wel suikerziekte genoemd.
2. De diagnose moet worden bevestigd door een gekwalificeerde medisch specialist (internist) met het bewijs van afhankelijkheid van insuline die door verzekerde of een ander persoon in het lichaam wordt ingebracht voor een periode van ten minste 3 maanden.

20) Encefalitis – acute en of van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een acute ontsteking van de hersenen veroorzaakt door een bacterie of een virus. Als gevolg van de aandoening moet er sprake zijn van een neurologische beperking wat een blijvend en onomkeerbaar onvermogen van de verzekerde veroorzaakt:
 - a. om ten minste 1 van de 6 de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) te kunnen uitvoeren zoals beschreven in sectie 36 van deze bijlage; of
 - b. om verbaal te communiceren met hun omgeving; of
 - c. om een score te behalen van meer dan 15 in de MMSE. De MMSE is een test bij een vermoeden van dementie of geheugenproblemen. De MMSE meet verschillende vaardigheden van de hersenen.
3. Het is vereist om de neurologische stoornis 3 maanden na de infectie te beoordelen.

21) Idiopathische pulmonale hypertensie – met ademhalingsproblemen bij minimale inspanning

1. Dit betekent een toename van de druk in de longcirculatie als gevolg van structurele, functionele of circulatieverstoringen van de longen wat leidt tot een vergroting van de rechterhartkamer. Dit wordt vastgesteld door een weefselmonster te onderzoeken (biopsie).
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan beide onderstaande criteria wordt voldaan:
 - a. een blijvende en onomkeerbare classificatie in klasse III of hoger van de NYHA Classification (New York Heart Association, vanaf 2017). Deze classificatie is een veelgebruikte methode om hartfalen te bepalen; en
 - b. de gemiddelde druk in de longen moet voor een periode van ten minste 6 maanden hoger zijn dan 30mm Hg. Om dit criterium te kunnen aantonen moet een intra cardiale katheter worden ingebracht aan het begin en einde van de periode van 6 maanden.
3. Pulmonale arteriële hypertensie als gevolg van andere oorzaken is uitgesloten.

22) Gehoorverlies – blijvend en onomkeerbaar

1. Dit betekent het blijvende en onomkeerbare verlies van het gehoor voor alle akoestische stimulansen, prikkels, tot 80 decibel voor alle frequenties, als gevolg van een ongeval of ziekte.
2. Deze diagnose moet worden bevestigd door een gekwalificeerd audioloog.

3. Er bestaat geen recht op een uitkering als de algemene medische inschatting is dat een hulpmiddel, implantaat, behandeling of enig ander middel het gehoorvermogen kan verbeteren zodat akoestische stimulansen, prikkels, tot 80 decibel kunnen worden waargenomen.

23) Verlies van spraak – blijvend en onomkeerbaar

1. Dit betekent het blijvend en onomkeerbare verlies van de spraak als gevolg van een ongeval of ziekte.
2. Voorwaarde voor het recht op een uitkering is het onvermogen van de verzekerde om te communiceren met de omgeving door middel van spraak.
3. Het is vereist om het verlies van het spraakvermogen 3 maanden nadat het medisch is vastgesteld te beoordelen.
4. Er bestaat geen recht op een uitkering als de algemene medische inschatting is dat een hulpmiddel, implantaat, behandeling of enig ander middel kan leiden tot een gedeeltelijk of geheel herstel van de spraak. Alle psychiatrisch gerelateerde oorzaken zijn uitgesloten.

24) Lupus Nefritis – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een ontsteking van de nieren als gevolg van een over het hele lichaam verspreide lupus erythematosus (SLE-nefritis). SLE is een ziekte waarbij over het hele lichaam ontstekingen ontstaan. Ook de nieren kunnen ontstoken raken. Een ontsteking in de nieren heet nefritis.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - a. de ziekte voldoet ten minste aan klasse III van de ISN/RPS Classification (International Society of Nephrology/Renal Pathology Society, vanaf 2017). Dit is een veelgebruikte methode om lupus nefritis vast te stellen;
 - b. de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) is minder dan 60 ml/min. De GFR is de belangrijkste factor voor het inschatten van de nierfunctie; en
 - c. de diagnose moet worden bevestigd door een gekwalificeerde nefroloog.

25) De ziekte van Lyme – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een infectieziekte met een hersen(vlies)ontsteking die wordt veroorzaakt door een bacterie die wordt overgedragen door een tekenbeet met beschadiging van het huidweefsel en problemen in het zenuwstelsel, de hersenen, ruggenmerg, hart en gewrichten als symptomen.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle onderstaande criteria wordt voldaan:
 - a. bevestigde voorgeschiedenis en relevante omstandigheden van de verzekerde met betrekking tot de tekenbeet;
 - b. bewijs van recente ernstige infectie waarvoor ziekenhuisopname en een behandeling met specifieke antilichamen (IgM en IgG) tegen de bacterie *Borrelia burgdorferi* noodzakelijk is. Deze antilichamen zijn eiwitten die door de mens als reactie worden geproduceerd;
 - c. de ziekte moet een functiestoornis tot gevolg hebben in hersenen, ruggenmerg of zenuwstelsel en leiden tot het blijvend en onomkeerbaar onvermogen van de verzekerde om ten minste 1 van de 6 algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) te kunnen uitvoeren zoals beschreven in deel 36 van deze bijlage.
3. De diagnose van de ziekte van Lyme moet door een medisch specialist (internist) worden bevestigd.

26) Motor neuron ziekte – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een groep ziektes die worden gekenmerkt door achteruitgang van de spierbewegingen. De ziekte neemt langzaam in ernst toe, waarbij spierbewegingen minder worden. Motor neuron ziektes zijn:
 - spinale musculaire atrofie - aantasting van de motorische zenuwcellen in het ruggenmerg met een slechte spierfunctie tot gevolg
 - progressieve bulbaire parese - toenemende verlamming van spieren in het mond en keelgebied
 - amyotrofische laterale sclerose (ALS)
 - pseudobulbaire palsy – problemen bij controle van bewegingen in het gezicht (zoals kauwen en spreken), waarbij de oorzaak in de hersenen ligt; en
 - primaire laterale sclerose (PLS) - problemen met de centrale motorische neuronen. PLS uit zich in stijfheid en een verhoogde spierspanning met verhoogde reflexen meestal beginnend in beide benen.
2. Alle genoemde Motor neuron ziektes moeten een functiestoornis in de hersenen tot gevolg hebben en leiden tot het blijvend en onomkeerbaar onvermogen van de verzekerde om ten minste 1 van de 6 algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) te kunnen uitvoeren zoals beschreven in de deel 36 van deze bijlage.

27) Multiple sclerose – van nader gespecificeerde ernst

1. Multiple sclerose (MS) is een ziekte waarbij de bescherm- en isolatielaag rondom de zenuwen in de hersenen, ruggenmerg en oogzenuwen (het centrale zenuwstelsel) is beschadigd. Hierdoor kunnen onder andere problemen ontstaan met lopen, voelen en zien. Om voor een uitkering in aanmerking te komen moet ten minste 1 patch van demyelinisatie in de hersenen of in het ruggenmerg door een CT- of MRI-scan of vergelijkbare beeldvormende technieken zijn aangetoond. Demyelinisatie is het verlies van myeline, de stof die als een isolerende laag om veel zenuwvezels aanwezig is en die de geleiding van impulsen door die zenuwvezels versnelt.
2. Multiple sclerose moet resulteren in een blijvende en onomkeerbare neurologische beperking die overeenkomt met de waarde van ten minste 5 van de Expanded Disability Status Scale (vanaf 2016). Dit is een veelgebruikte methode voor het bepalen van Multiple sclerose.
3. De diagnose van Multiple sclerose moet worden bevestigd door een gekwalificeerde neuroloog.

28) Verlamming – gehele verlamming van twee ledematen

Dit betekent het gehele en onomkeerbare verlies van de spierfunctie voor het geheel van beide ledematen door een ongeval of ziekte.

29) De ziekte van Parkinson – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een ziekte van het centrale zenuwstelsel met achteruitgang van zenuwcellen in een deel van de hersenen, wat een verlaging van het dopaminegehalte in delen van de hersenen veroorzaakt. De ziekte neemt langzaam in ernst toe, waarbij lichaamsfuncties minder worden. Cellen die dopamine produceren sterven langzaam af. Door het dopaminetekort wordt de aansturing van spierbewegingen aangetast, er kunnen trillingen of trager bewegen optreden.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle onderstaande criteria wordt voldaan:
 - a. de ziekte zorgt voor een steeds grotere achteruitgang;
 - b. de ziekte moet een neurologische functiestoornis tot gevolg hebben en leiden tot het blijvende en onomkeerbare onvermogen van de verzekerde om ten

- minste 1 van de 6 algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) te kunnen uitvoeren zoals beschreven in sectie 36 van deze bijlage;
- c. de specifieke diagnose van de ziekte Parkinson moet worden bevestigd door een gekwalificeerde neuroloog, ook al is de oorzaak niet duidelijk. Daarbij moeten alle mogelijke differentiële diagnoses worden uitgesloten. Dit is een wetenschappelijke methode om uit een lijst van mogelijke aandoeningen waaraan een bepaalde patiënt zou kunnen lijden, gegeven de klachten en symptomen die op dat moment bekend zijn, een diagnose te stellen.
3. Parkinsonisme en parkinsonachtige symptomen als gevolg van drugsmisbruik zijn uitgesloten.

30) Reumatoïde artritis – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een chronische ontstekingsziekte die over het hele lichaam is verspreid en die voornamelijk de gewrichten treft.
2. Voorwaarde voor het recht op een uitkering is dat aan alle onderstaande criteria wordt voldaan:
- a. de ziekte moet disfunctioneren tot gevolg hebben en leiden tot het blijvende en onomkeerbare onvermogen van de verzekerde om ten minste 1 van de 6 algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) te kunnen uitvoeren zoals beschreven in sectie 36 van deze bijlage;
- b. de verzekerde ondergaat voor een periode van ten minste 3 maanden een optimale medische behandeling met ziekte bestrijdende geneesmiddelen (inclusief biologische geneesmiddelen als deze zijn geïndiceerd);
- c. de diagnose moet door een gekwalificeerd reumatoloog worden bevestigd.

31) Polytrauma – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent de aanwezigheid van meerdere gelijktijdige verwondingen aan verschillende delen van het lichaam, waarbij ten minste 1 verwonding of de combinatie van verwondingen levensbedreigend is.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan beide onderstaande criteria wordt voldaan:
- a. er is sprake van ernst van het polytrauma van ten minste 16 punten volgens de ISS (Injury Severity Score, vanaf 2016). De ISS is een veelgebruikte medische methode om ernstige verwondingen te beoordelen; en
- b. ten minste 2 delen/gebieden van het lichaam zijn aangedaan conform de ISS-classificatie.

32) Ernstige brandwonden – van nader gespecificeerde ernst

Dit betekent weefselschade veroorzaakt door hitte, een elektrische oorzaak of contact met een chemische stof, met als gevolg:

- a. derdegraadsbrandwonden, volledige beschadiging van de lederhuid en opperhuid, van meer dan 15% van het lichaamsoppervlak zoals gemeten volgens de 'The Rule of Nines' of 'The Lund and Browder Body Surface Chart' (beide vanaf 2017); of
- b. derdegraadsbrandwonden, volledige beschadiging van de lederhuid en opperhuid, van meer dan 50% van het hoofd; of
- c. gecombineerde brandwonden die overeenkomen met de ernst van bovengenoemde punten a. en b.

33) Ernstige visuele beperking

1. Dit betekent een klinisch bewezen vermindering van het gezichtsvermogen in beide ogen als gevolg van een ziekte of ongeval.
2. De gecorrigeerde gezichtsscherpte van het betere oog moet minder zijn dan 6/60 of er moet sprake zijn van een gezichtsveldbeperking van minder dan 20° in ieder oog.

3. Deze diagnose moet door een gekwalificeerd oogarts worden bevestigd.
4. Er bestaat geen recht op uitkering als de algemene medische opinie is dat een hulpmiddel, implantaat, behandeling of enig ander hulpmiddel substantieel of volledig herstel van het gezichtsvermogen tot gevolg kan hebben.

34) Tekenencefalitis (TBE) – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een infectieziekte met een hersen(vlies)ontsteking die wordt veroorzaakt door een virus, dat door middel van een tekenbeet wordt overgedragen. Dit wordt ook wel het 'tick-borne encephalitis' virus genoemd.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle onderstaande criteria wordt voldaan:
 - a. bevestigde voorgeschiedenis en relevante omstandigheden van de verzekerde met betrekking tot de tekenbeet; en
 - b. bewijs van recente ernstige infectie en van specifieke antilichamen (IgM en IgG). Dit zijn eiwitten die door de mens worden geproduceerd als reactie.

35) Colitis ulcerosa – van nader gespecificeerde ernst

1. Dit betekent een chronische ontstekingsziekte van de dikke darm.
2. Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering is dat aan alle onderstaande criteria wordt voldaan:
 - a. de ziekte is levensbedreigend als gevolg van bloederige diarree, darmobstructies of perforaties van de dikke darm;
 - b. de dikke darm is volledig verwijderd of er is een kunstmatige anus gemaakt als onderdeel van de behandeling van de ziekte; en
 - c. de diagnose is met bewijs uit een weefselmonster (biopsie) bevestigd.

36) Overige ziektes, ongevallen en medische fouten

We vinden de verzekerde volgens de voorwaarden van deze verzekering 'blijvend hulpbehoevend' als de verzekerde volgens een arts tenminste 3 of meer van onderstaande 6 dagelijks gebruikelijke activiteiten niet meer zelfstandig, dat wil zeggen niet zonder noodzakelijke hulp van een andere persoon of geavanceerde hulpmiddelen, kan uitvoeren.

- a) zich wassen: het zorgen voor de gebruikelijke dagelijkse persoonlijke verschooning van het lichaam;
- b) zich kleden: het zich eventueel met aangepaste kleding aan- en uitkleden inclusief het aandoen of bevestigen van protheses;
- c) eten en drinken: het kunnen eten en drinken van voedsel dat al klaar is en beschikbaar is om te eten of drinken;
- d) zich bewegen: het binnenshuis over een vlak oppervlak van kamer tot kamer kunnen verplaatsen;
- e) naar het toilet gaan: het gebruiken van het toilet, inclusief bijvoorbeeld verwisseling van stoma- of katheterzakjes;
- f) in en uit bed gaan: het vanuit sta- of zithouding in of uit bed gaan.

De aanleiding hiervan kan zijn een ongeval, ziekte of een medische fout. We stellen met behulp van een advies van een medisch adviseur vast of u of een andere verzekerde blijvend hulpbehoevend bent. Er moet dan volgens de medisch adviseur geen vooruitzicht zijn op een aanzienlijke verbetering van de gezondheid waardoor de verzekerde niet meer hulpbehoevend zal zijn, zoals bovenstaand uitgelegd. We gaan uit van de kennis die op het moment van de vaststelling in de medische wereld beschikbaar is.

Er is recht op een uitkering als wij mede op basis van het advies van een arts direct kunnen vaststellen dat hulpbehoevendheid blijvend is. Het kan zijn dat er lang getwijfeld wordt of de hulpbehoevendheid 'blijvend' is. Als die twijfel blijft, gaan we er na 2 jaar van twijfel van uit dat sprake is van blijvende hulpbehoevendheid.

Voor kinderen kan niet altijd meteen worden vastgesteld of aan de criteria wordt voldaan. Bijvoorbeeld omdat de definitieve en blijvende uitwerking van een ongeval pas na een tijd duidelijk is vanwege de ontwikkeling van een kind. Hierover zullen we duidelijk met de verzekeringnemer communiceren.

Als de blijvende hulpbehoefendheid geheel of gedeeltelijk mede veroorzaakt is door ziekte, dan is een extra voorwaarde voor uitkering dat er geen sprake is van een bestaande ziekte.

Een bestaande ziekte is:

- blijvende hulpbehoefendheid die is ontstaan vóór het afsluiten van de verzekering; en
- een ziekte, zoals gedefinieerd in artikel 1.4.1, die is ontstaan vóór het afsluiten van de verzekering.