

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Index

| | | |
|--------|--|----|
| A. | Welkom | 4 |
| B. | Belangrijke informatie over uw verzekering | 4 |
| B.1. | Papieren polis of verzekering via internet? | 4 |
| B.2. | Uw documenten? | 4 |
| B.3. | Hoe kunt u snel uw vergoeding vinden? | 5 |
| B.4. | Wat als u nieuwe voorwaarden ontvangt? | 5 |
| B.5. | Hoe lang loopt uw verzekering? | 5 |
| B.6. | Hoe ontvangt u een vergoeding van uw ziektekosten? | 6 |
| B.7. | Eigen risico | 6 |
| B.8. | Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener | 7 |
| B.9. | Erkenning van de zorgverlener | 7 |
| B.10. | Toestemming aanvragen voor een behandeling | 8 |
| B.11. | Wijziging van premie en eigen risico vanwege leeftijd | 8 |
| B.12. | Rechten en plichten van u en van ons | 9 |
| C.1. | Adressen | 9 |
| C.2. | Telefoonnummers | 9 |
| C.3. | Internet en e-mail adressen | 9 |
| C.4. | internet verzekeren | 10 |
| C.5. | easyhealth | 10 |
| | Algemene Voorwaarden | 11 |
| 1. | Woordenlijst | 11 |
| 2. | Vergoedingen | 22 |
| 2.1. | Algemeen | 22 |
| 2.1.1. | Hoe weet u wat u vergoed krijgt? | 22 |
| 2.1.2. | Voorwaarden voor vergoeding | 24 |
| 2.1.3. | Wat moet u doen om uw kosten vergoed te krijgen? | 25 |
| 2.1.4. | Tarieven van zorgverleners en vergoeding door ons | 25 |
| 2.1.5. | Betaling aan de zorgverlener | 26 |
| 2.1.6. | Eigen risico (zie ook artikel 7) | 27 |
| 2.1.7. | Vergoeding van kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland | 27 |
| 2.1.8. | Eerst vergoeding uit hoofdverzekering, dan pas uit aanvullende verzekering | 28 |
| 2.1.9. | Cessie | 29 |
| | Omschrijving van de dekking | 29 |
| 2.2. | Opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis | 29 |
| 2.3. | Ziekenhuisverpleging in de hogere klassen | 31 |
| 2.4. | Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) | 32 |
| 2.5. | Organtransplantatie | 32 |
| 2.6. | Nierdialyse | 33 |
| 2.7. | Leukemie bij kinderen | 33 |
| 2.8. | Chronisch intermitterende beademing | 34 |
| 2.9. | Trombosedienst | 34 |
| 2.10. | Medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis | 35 |
| 2.11. | Revalidatie | 35 |
| 2.12. | Geneesmiddelen | 36 |
| 2.13. | Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen | 39 |
| 2.14. | Hulpmiddelen | 40 |
| 2.15. | Aanvulling hulpmiddelen | 41 |
| 2.16. | Gezichtshulpmiddelen | 42 |

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

| | | |
|-------|--|----|
| 2.17. | Plaswekker..... | 43 |
| 2.18. | ADL-Hulpmiddelen..... | 44 |
| 2.19. | Thuisbewakingsmonitor..... | 44 |
| 2.20. | Audiologisch centrum..... | 45 |
| 2.21. | Erfelijkheidsonderzoek..... | 45 |
| 2.22. | Fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck..... | 45 |
| 2.23. | Logopedie..... | 47 |
| 2.24. | Stottertherapie..... | 48 |
| 2.25. | Ziekenvervoer..... | 48 |
| 2.26. | Orthodontie..... | 51 |
| 2.27. | Tandheelkundige hulp algemeen..... | 51 |
| 2.28. | Tandheelkundige hulp voor kinderen..... | 52 |
| 2.29. | Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen..... | 53 |
| 2.30. | Tandheelkundige implantaten en aangebrachte mesostructuur..... | 54 |
| 2.31. | Kroon- en brugwerk..... | 55 |
| 2.32. | Gebitsprotheses (kunstgebit)..... | 55 |
| 2.33. | Verloskundige hulp, kraamzorg en kraamzorguitkering..... | 56 |
| 2.34. | Vervallen..... | 59 |
| 2.35. | Aanvullende kraamzorg..... | 59 |
| 2.36. | Vervallen..... | 59 |
| 2.37. | Verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging..... | 59 |
| 2.38. | Huisarts..... | 60 |
| 2.39. | Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen..... | 61 |
| 2.40. | Second opinion..... | 62 |
| 2.41. | Preventie..... | 62 |
| 2.42. | Alternatieve behandelingen..... | 63 |
| 2.43. | Acné - behandeling..... | 65 |
| 2.44. | Lichttherapie (UV-B behandeling)..... | 65 |
| 2.45. | Camouflagetherapie..... | 66 |
| 2.46. | Ontharing..... | 66 |
| 2.47. | Bezoekkosten..... | 67 |
| 2.48. | Logeerkosten..... | 68 |
| 2.49. | Podotherapie en podologie..... | 68 |
| 2.50. | Herstellingsoord..... | 70 |
| 2.51. | Therapeutisch kamp..... | 70 |
| 2.52. | Cursussen..... | 70 |
| 2.53. | Kortdurende psychologische zorg..... | 71 |
| 2.54. | Organisatie van hulpverlening in het buitenland..... | 72 |
| 2.55. | Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland..... | 73 |
| 2.56. | Sport-medisch advies..... | 76 |
| 2.57. | Steunzolen..... | 76 |
| 2.58. | Aanvulling psychiatrie..... | 77 |
| 2.59. | Dieetadvisering..... | 77 |
| 2.60. | Reiskosten gezonde moeder..... | 77 |
| 2.61. | Manuele lymfdrainage en littekenmassage..... | 78 |
| 2.62. | Kuurbehandeling..... | 79 |
| 2.63. | Invriezen van semen..... | 80 |
| 2.64. | Ergotherapie..... | 80 |
| 2.65. | Overgangsconsulten..... | 81 |
| 2.66. | Herstel & Balans..... | 81 |

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

| | | |
|-----|---|-----|
| 3. | Grondslag van de verzekering | 82 |
| 4. | Alle gezinsleden aanmelden voor de verzekering..... | 83 |
| 5. | Aanvang, duur en einde van de verzekering..... | 84 |
| | INFO VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN | 86 |
| | INFO VOOR PARTICULIER VERZEKERDEN..... | 89 |
| | AANVULLENDE INFO VOOR COLLECTIEF VERZEKERDEN..... | 92 |
| 6. | Premie, wettelijke bijdragen en kosten..... | 93 |
| 7. | Eigen risico | 96 |
| 8. | Uitsluitingen | 100 |
| 9. | Beschikbare gegevens en registratie | 104 |
| 10. | Verandering van de voorwaarden..... | 106 |
| 11. | Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen? | 107 |
| 12. | Tot slot..... | 107 |
| | Model tot uitvoering van Convenant Geneesmiddelen 2005..... | 109 |

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Inleiding

A. Welkom

Voor u liggen de Algemene Voorwaarden van de verzekering(en) die u bij ons heeft afgesloten. Deze voorwaarden bestaan uit twee delen:

- a. het Vergoedingen Overzicht (dit heet Deel 1) waarop per verzekering aangegeven staat op welke vergoedingen u recht heeft.
- b. het boekje met de Algemene Voorwaarden (dit heet Deel 2) waarin de regels van de verzekering(en) beschreven staan;

Neemt u deze inleiding en de inleiding van het Vergoedingen Overzicht goed door. Heeft u daarna nog vragen, dan kunt u contact met ons opnemen.

B. Belangrijke informatie over uw verzekering

B.1. Papieren polis of verzekering via internet?

Al jaren vindt verzekeren plaats via papier. Alle documenten ontvangt men dan op papier. Declaratie van nota's gaat op papier en wijzigingen worden op papier doorgegeven. Sinds de komst van internet en e-mail vindt contact tussen verzekerden en de verzekeringsmaatschappij gedeeltelijk ook digitaal plaats. Maar er komen ook steeds meer verzekeringen die helemaal "digitaal" afgewikkeld worden: u vraagt een verzekering aan via internet, u geeft via internet toestemming voor automatische incasso van de premie, u geeft wijzigingen door via internet en u declareert soms zelfs via internet. Bij ons is dat ook mogelijk. Wij kennen zorgverzekeringen die via de papieren weg worden afgewerkt of helemaal via internet. Deze Algemene Voorwaarden zijn bestemd voor beide soorten zorgverzekeringen. Als ergens in deze Algemene Voorwaarden een belangrijk verschil bestaat tussen een internet verzekering en een "papieren" verzekering maken wij u daarop attent.

B.2. Uw documenten?

Bij het afsluiten van uw verzekering stellen wij u ter beschikking:

- a. de Algemene Voorwaarden (deel 2);
 - b. het Vergoedingen Overzicht (deel 1);
 - c. de polis; hierop staat vermeld:
 - 1) welke verzekeringen u heeft afgesloten;
 - 2) wie er zijn verzekerd;
 - 3) de premie;
 - 4) als een eigen risico geldt, hoe hoog dat is.
 - d. één (of meer) notabegeleidingsformulier(en) met retourenvelop. U kunt dit formulier gebruiken als u uw nota's ter vergoeding aan ons opstuurt. Notabegeleidingsformulieren kunt u telefonisch opvragen bij onze afdeling Klantenservice of bestellen via onze website (www.cz.nl).
-

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- Bij onze internet verzekeringen werken we niet met papieren notabegeleidingsformulieren en retourenveloppen. Daar declareert u via internet;
- e. een wijzigingsformulier. Hiermee kunt u wijzigingen in uw verzekeringsgegevens aan ons doorgeven. Wijzigingen van uw adres of telefoonnummer kunt u ook telefonisch doorgeven bij onze afdeling Klantenservice of via onze website op internet (www.cz.nl).
- Bij onze internet verzekeringen kunt u wijzigingen uitsluitend via internet doorgeven;

De Algemene Voorwaarden zijn geschreven voor diverse verzekeringen:

- als u ziekenfonds verzekerd bent voor de aanvullende verzekeringen;
- als u een W.T.Z.-verzekering (een StandaardPakketPolis of Studenten StandaardPakketPolis) heeft voor de aanvullende verzekeringen; en
- als u particulier verzekerd bent voor de hoofdverzekering en de aanvullende verzekeringen.

B.3. Hoe kunt u snel uw vergoeding vinden?

Als u wilt weten, op welke vergoeding u recht heeft, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. kijk op uw polis voor welke (aanvullende) verzekering(en) u verzekerd bent;
- b. kijk op het Vergoedingen Overzicht (deel 1) bij deze afgesloten verzekeringen en zoek de betreffende rubriek. Staat de rubriek onder uw verzekering(en) vermeld, dan heeft u in principe recht op de vergoeding die daar staat.
- c. achter de rubriek staat een artikelnummer. Zoek het artikel op in de Algemene Voorwaarden (deel 2) en kijk of aan de vergoeding voorwaarden verbonden zijn.

B.4. Wat als u nieuwe voorwaarden ontvangt?

Regelmatig – meestal is dat per 1 januari – ontvangt u een nieuwe polis. Ook passen wij regelmatig de Algemene Voorwaarden en het Vergoedingen Overzicht aan. Bijvoorbeeld aan het begin van een nieuw jaar, want dan kunnen wij de premie of dekking van uw polis aangepast hebben. U krijgt daarvan een bericht van ons. U kunt dan uw voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Het spreekt voor zich, dat u uw oude Algemene Voorwaarden, Vergoedingen Overzicht en polis niet meer van kracht zijn. Die kunt u het beste weggooien. Dat voorkomt verwarring.

B.5. Hoe lang loopt uw verzekering?

Als u bij ons een verzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel kalenderjaar (van januari tot januari). Wij hebben (aanvullende) verzekeringen, die voor een langere periode van kracht zijn. Zo geldt bijvoorbeeld voor een Aanvullende verzekering Plus met uitgebreide Tandarts, Aanvullende verzekering Top met uitgebreide Tandarts en IPO Tand Extra, dat u deze voor een periode van tenminste drie hele kalenderjaren afsluit. Maar na deze periode verlengen wij ook deze verzekeringen steeds stilzwijgend van jaar tot jaar,

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

zoals bij onze andere verzekeringen.

Wilt u niet dat uw verzekering verlengd wordt? Laat ons dit voor 1 oktober weten. Uw verzekering eindigt in dat geval per 1 januari. Een aanvullende verzekering op het ziekenfonds (dit is niet een internet verzekering) kunt u tot 1 november opzeggen.

In artikel 5 vindt u meer informatie over de duur van uw verzekering.

B.6. Hoe ontvangt u een vergoeding van uw ziektekosten?

Maakt u kosten? Stuur de **originele** nota's (geen kopie!) naar ons op. Maak daarbij gebruik van het notabegeleidingsformulier en de retourenvelop. Op het notabegeleidingsformulier geeft u aan welke nota op welke verzekerde betrekking heeft en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de te vergoeden kosten aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de zorgverlener.

Wij bekijken de nota's en beoordelen of u recht heeft op een vergoeding van de kosten. Hierover ontvangt u van ons bericht. Wij sturen u tevens een nieuw notabegeleidingsformulier en een retourenvelop toe.

Heeft u een internet verzekering dan declareert u via internet. U moet dan nog wel de originele nota's nasturen. En nieuwe notabegeleidingsformulieren heeft u niet nodig, want u declareert via internet

B.7. Eigen risico

Bij het afsluiten van uw particuliere hoofdverzekering hebben wij een eigen risico voor u vastgesteld. Dit is het bedrag dat u en de eventuele andere verzekerden op uw verzekering samen jaarlijks eerst zelf aan ziektekosten moet betalen. Op uw polis ziet u hoe hoog het eigen risico is.

Om u duidelijk te maken hoe het eigen risico precies werkt, stellen wij u voor aan familie De Boer. Familie De Boer heeft een particuliere ZorgPolis met een eigen risico van – laten we zeggen - € 110,-.

Mevrouw De Boer moet op advies van de huisarts een paar keer naar de fysiotherapeut omdat zij zich heeft vertild bij het werken in de tuin. Zij ontvangt hiervoor een aantal rekeningen van in totaal € 70,-. Zij stuurt de originele rekeningen naar ons op.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Bij het beoordelen van de rekeningen stellen wij vast dat mevrouw De Boer deze volgens de verzekeringsvoorwaarden volledig vergoed krijgt. Familie De Boer heeft echter een eigen risico. De vergoeding valt daar onder. Mevrouw De Boer krijgt haar kosten niet uitbetaald, maar het eigen risico wordt wel met € 70,- verminderd. Er resteert hierna dus nog € 40,- aan eigen risico (€ 110,- min € 70,-). Wij sturen mevrouw De Boer een brief met de nieuwe hoogte van het eigen risico. Wij geven daarbij een verklaring waarom wij de nota niet uitbetalen en vermelden dat zij de nota zelf aan de fysiotherapeut moet betalen.

Enige tijd later krijgt de zoon een ongeluk. Hij moet met een gebroken been naar het ziekenhuis. Hiervoor ontvangt familie De Boer een rekening van € 1.100,-. Ook deze originele rekening stuurt de familie naar ons op. Bij het beoordelen van de rekening blijkt dat deze behandeling volgens de voorwaarden volledig vergoed wordt. Wij verrekenen wel eerst € 40,- met het eigen risico. Dat staat daarmee op € 0,-. Vervolgens vergoeden wij familie De Boer € 1.060,-. Wij sturen familie De Boer een brief waarin staat dat het eigen risico voor dat jaar afgelost is en dat wij € 1.060,- op hun bank- of girorekening over zullen maken.

Als het eigen risico wijzigt, dan is dat per 1 januari. Komt er in de loop van het kalenderjaar een verzekerde bij of valt er een verzekerde af, dan heeft dit voor dat jaar geen invloed op de hoogte van het eigen risico.

Voor kosten die u vergoed krijgt uit een aanvullende verzekering geldt het eigen risico in het algemeen niet. In artikel 7 leest u meer over het eigen risico.

B.8. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Wij hebben met een aantal zorgverleners de afspraak gemaakt dat zij hun nota's niet naar u sturen, maar rechtstreeks naar ons. Wij betalen de nota's in dat geval volledig aan de zorgverlener, ook al komt de nota niet geheel voor vergoeding in aanmerking (bijvoorbeeld doordat u uw eigen risico nog niet volledig hebt afgelost of doordat voor de betreffende behandeling een beperkte vergoedingsregeling geldt van bijvoorbeeld 80% waardoor u zelf een deel moet betalen). Het kan dus zijn dat wij meer aan de zorgverlener betalen dan het bedrag waarop u volgens uw verzekering recht heeft. Is dat het geval, dan brengen wij het teveel betaalde bij u in rekening. U betaalt dit bedrag op dezelfde manier als de manier waarop u uw premie betaalt. Dat kan door middel van een automatische incasso of een acceptgiro zijn (bij een internet verzekering is dat altijd automatische incasso). Wij verwachten in de toekomst steeds meer van dit soort afspraken met zorgverleners te maken.

B.9. Erkenning van de zorgverlener

Het is belangrijk, dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Dan weet u dat u deskundige hulp krijgt. Soms kunt u zo'n zorgverlener herkennen aan zijn titel. Bijvoorbeeld "arts" of "specialist". In andere gevallen is een

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

zorgverlener of zorginstelling erkend. Door de overheid of door ons. U vindt dat regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen, erkend is. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Internet verzekerden hebben hun eigen informatie team, waar zij hun vragen kunnen stellen. Kijk ook op onze website: www.cz.nl.

B.10. Toestemming aanvragen voor een behandeling

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u **vooraf** toestemming van ons heeft gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling in artikel 2. U kunt deze toestemming op de volgende manier aanvragen: Stuur naar onze afdeling Machtigingen (het adres van CZ vindt u in paragraaf C van deze inleiding):

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, specialist of tandarts op, en;
- b. voeg daarbij, indien mogelijk, een kostenbegroting van de behandeling of het hulpmiddel.

Pas nadat u van ons toestemming heeft gekregen gaat u over tot de behandeling of de aanschaf van de hulpmiddelen.

In de volgende gevallen is toevoeging van een kostenbegroting bij de aanvraag **noodzakelijk**:

- a. aanvragen voor het kopen van hulpmiddelen (de kostenbegroting is **niet** noodzakelijk als u een aanvraag doet voor hulpmiddelen in bruikleen);
- b. een aanvraag voor een niet-spoedeisende behandeling in het buitenland. Voor deze aanvraag hebben wij een speciaal formulier ontwikkeld. U kunt dit formulier opvragen bij afdeling Machtigingen.

B.11. Wijziging van premie en eigen risico vanwege leeftijd

De hoogte van de premie van een individuele particuliere hoofdverzekering is voor een gedeelte afhankelijk van uw leeftijd. Daarbij hanteren wij leeftijdsgrenzen van 27, 35, 40 en 45 jaar. Bereikt u tijdens de duur van de verzekering één van bovenstaande leeftijden, dan verhogen wij de premie op de eerste dag van de volgende maand na uw verjaardag. Na uw 45^e jaar verandert de premie niet meer op grond van uw leeftijd. Bent u op de dag dat uw verzekering ingaat echter 45 jaar of ouder, dan betaalt u wel een toeslag op de basispremie.

Ook de hoogte van uw eigen risico is mede afhankelijk van uw leeftijd. Dit is het geval als u een Zorgpolis met Premiekortingsregeling heeft gesloten. Een Premiekortingsregeling is een polis met een hoger eigen risico, in ruil voor een lagere premie. Bij deze polis kunnen wij het eigen risico op 1 januari volgend op uw 27^e en 35^e verjaardag verhogen.

De mogelijkheid bestaat dat u een particuliere verzekering bij ons heeft, waarop hetgeen hierboven staat, niet van toepassing is. U heeft bijvoorbeeld bij ons een internet verzekering. Of u werkt bij een bedrijf dat met ons een collectieve verzekering heeft afgesloten met afwijkende leeftijdsgrenzen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

C.4. internet verzekeren

@-team van internet verzekeren / Mijn CZ:

- bezoekadres: Ringbaan West 236 in Tilburg
- postadres: Postbus 4320, 5004 JH in Tilburg

C.5. easyhealth

- postadres: Postbus 435, 4460 AV in Goes
- telefoon: 0900 – 9 002 233 (betaalnummer!)
- website www.easyhealth.nl
- e-mail informatie@easyhealth.nl

Algemene Voorwaarden

1. Woordenlijst

In dit artikel wordt de betekenis van de begrippen die in de voorwaarden voorkomen uitgelegd.

Aanvullende verzekering

een verzekering die u alleen kunt afsluiten in combinatie met:

- a. een hoofdverzekering bij CZ;
- b. een wettelijke verzekering bij CZ Ziekenfonds;
- c. een W.T.Z.-verzekering bij CZ;
- d. een publiekrechtelijke regeling.

Uit de naam van een verzekering blijkt, of dat een aanvullende verzekering is.

Toelichting: Heet een verzekering "Basisverzekering" dan is dat een hoofdverzekering. Uit de naam blijkt niet dat die verzekering een aanvullende verzekering is. Uit de naam "aanvullende verzekering Plus" blijkt dat dit wèl een aanvullende verzekering is.

ADL- hulpmiddelen

hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

Ambulance

een voertuig dat ingericht en bestemd is voor het vervoer van zieken en gewonden over de weg.

Apotheek

instelling die geneesmiddelen aflevert. Degene die de instelling beheert (de apotheker) moet geregistreerd staan zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.. De apotheek moet in Nederland gevestigd zijn.

Arts

degene die als arts geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G. en geregistreerd is als huisarts of medisch specialist. De arts moet in Nederland praktijk houden.

Audiologische hulp

- a. onderzoek naar de gehoorfunctie;
- b. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- d. psycho-sociale hulp bij problemen met de gestoorde gehoorfunctie als dit noodzakelijk is.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

A.W.B.Z.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Toelichting: Het doel van de A.W.B.Z. is de Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij met name om erg dure zorg, zoals bijvoorbeeld thuiszorg, psychiatrie, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Behandeling

als wij in deze voorwaarden spreken over een "behandeling", bedoelen wij:

- a. een geneeskundige behandeling, ingreep of verrichting; of
- b. een consult; of
- c. een visite; of
- e. een levering van een hulpmiddel; of
- f. een opname; of
- h. een onderzoek; of
- i. een diagnose; of
- j. medisch specialistische zorg.

Een behandeling vindt slechts eenmaal per dag plaats.

Onder behandeling verstaan we **niet**:

- a. training en fysieke oefeningen;
- b. begeleiding bij training en fysieke oefeningen;
- c. cursussen.

Bevalling

het einde van de zwangerschap na de achttiende week.

Toelichting: Wordt uw zwangerschap vòòr de achttiende week beëindigd, dan kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een miskraam. In dat geval heeft u geen recht op kraamzorg of een kraamzorguitkering.

B.I.G.

zie Wet B.I.G..

Buitenland

elk ander land dan Nederland.

Als u niet in Nederland woont en u heeft juist om die reden bij ons een (andere) verzekering gesloten, dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

Bijkomende kosten

kosten die een instelling naast de geldende verpleegtarieven mag rekenen. Dit wordt geregeld in de Wet tarieven gezondheidszorg.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting: Met "bijkomende kosten" worden bijvoorbeeld bedoeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, het verband en de geneesmiddelen in een ziekenhuis.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

een instelling die zich in Nederland gevestigd heeft en van de overheid een vergunning heeft gekregen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Chronische aandoening

een blijvende aandoening. De aandoening kan zich permanent, periodiek, maar ook incidenteel openbaren.

Collectieve overeenkomst

de overeenkomst die wij hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt, met het doel u en uw collega's de mogelijkheid te bieden om bij ons een collectieve verzekering te sluiten.

Collectieve verzekering

de verzekering die u bij ons heeft afgesloten via het bedrijf of de instelling waar u werkt.

C.T.G.

College Tarieven Gezondheidszorg. Dit orgaan is tevens de Zorgautoriteit i.o..

Cursus

een theoretisch leerproces in een bepaalde vastgestelde vorm en binnen een bepaalde tijd. In de cursus krijgt u door middel van persoonlijk contact informatie aangereikt. Doel van die informatie is dat uw kennis om uw gezondheid in stand te houden of te verbeteren wordt vergroot.

C.V.Z.

het College Voor Zorgverzekeringen.

CZ

- a. onderlinge waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraarsgroep, Aanvullende Verzekering Ziekenfonds u.a., voor verzekerden die voor een wettelijke verzekering ingeschreven staan bij CZ Ziekenfonds.
- b. onderlinge waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraarsgroep, Ziektekosten u.a., voor verzekerden die niet voor een wettelijke verzekering ingeschreven staan bij CZ Ziekenfonds maar een particuliere zorgverzekering of andere verzekering hebben afgesloten;

Met deze maatschappij heeft u de verzekering gesloten. CZ is dus uw verzekeraar. CZ wordt in de voorwaarden aangeduid met 'wij' en 'ons'.

CZ Ziekenfonds

Stichting Centrale Zorgverzekeraars groep Ziekenfonds, het ziekenfonds dat in concernverband met ons is verbonden.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

D.B.C.

diagnose behandel combinatie. Dit is de naam voor de verzameling van medische (be)handelingen, dat als een geheel in rekening wordt gebracht.

Dagverpleging

verpleging in een ziekenhuis die korter dan 24 uur duurt. De verpleging houdt verband met een onderzoek of behandeling op diezelfde dag door een specialist.

Detachering

de situatie waarin u (verzekeringnemer) een bepaalde periode voor uw werkgever in het buitenland werkt en daardoor in het buitenland woont.

Diëtist

degene die als diëtist erkend en geregistreerd is volgens de voorwaarden van de Wet B.I.G. en die voldoet aan de eisen die staan in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De diëtist moet in Nederland gevestigd zijn.

EG

de Europese Gemeenschap (Europese Unie). Hiervan maken behalve Nederland de volgende Lidstaten deel uit: België, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen wordt Zwitserland gelijkgesteld met een EG-Lidstaat.

EER

de Europese Economische Ruimte. Hier maken de volgende lidstaten deel uit: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Eigen bijdrage

het deel van bepaalde ziektekosten dat u zelf moet betalen omdat wij die kosten niet geheel vergoeden. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico.

Eigen risico

een eigen risico geldt voor alle kosten die onder de dekking van de hoofdverzekering vallen. Het is het jaarlijks vastgestelde bedrag dat alle verzekerden die op de polis staan eerst zelf samen voor hun ziektekosten moeten betalen. Pas als dit bedrag is uitgegeven, krijgt u de overige kosten die dat jaar onder de dekking van uw hoofdverzekering vallen door ons betaald.

Ergotherapeut

degene die als ergotherapeut erkend en geregistreerd is volgens de voorwaarden van de Wet B.I.G. en die voldoet aan de eisen die staan in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De ergotherapeut moet in Nederland gevestigd zijn.

Europa

Albanië, Algerije, Andorra, Armenië, Azerbeidzjan, de Azoren, België, Bosnië-Herzegovina, Bulgarije, de Canarische Eilanden, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Egypte, Estland, Faroër

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Eilanden, Finland, Frankrijk, Georgië, Gibraltar, Griekenland, Groot-Brittannië, Hongarije, Ierland, Israël, Italië, Joegoslavië, Kroatië, Letland, Libanon, Libië, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Macedonië, Madeira, Malta, Marokko, Moldavië, Monaco, Nederland, Noorwegen, Oekraïne, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, de Russische Federatie (tot de Oeral), San Marino, Slovenië, Slowakije, Spanje, Syrië, Tsjechië, Tunesië, Turkije, Vaticaanstad, Wit-Rusland, IJsland, Zweden en Zwitserland.

Fysiotherapeut

een fysiotherapeut of heilgymnast - masseur die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G. en in Nederland gevestigd is.

Fysiotherapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck

een behandeling door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Geneesmiddelen

de bij ministeriële regeling aangewezen:

- a. geregistreerde en niet geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd;
- b. bloedproducten, zoals bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- d. verbandmiddelen als sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met deze middelen nodig is.

Gezin of gezinsleden

de personen die naar ons oordeel op hetzelfde adres wonen, een gemeenschappelijke huishouding voeren en door ons als verzekerden zijn geaccepteerd en op het polisblad staan vermeld.

Herstellingsoord

- a. een instelling die in Nederland is gevestigd en:
 - 1) niet uit een wettelijke verzekering of uit de A.W.B.Z. wordt vergoed, gefinancierd of gesubsidieerd; en
 - 2) lid is van het Verbond van Nederlandse Herstelingsoordorganisaties.

En verder:

- b. de instellingen die door ons zijn gecontracteerd en/of door ons zijn gelijkgesteld aan een herstellingsoord.

Hoofdverzekering

de particuliere verzekering die u af kunt sluiten zonder dat dit in combinatie met een andere (aanvullende) verzekering hoeft te gebeuren.

Uit de naam van een verzekering blijkt, of dat een hoofdverzekering is.

Toelichting: Heet een verzekering "Basisverzekering" dan is dat een hoofdverzekering. Uit de naam blijkt niet dat die verzekering een aanvullende verzekering is. Uit de naam "aanvullende verzekering Plus" blijkt dat dit wèl een aanvullende verzekering is.

Huidtherapeut

degene die als huidtherapeut geregistreerd staat bij de Nederlandse Vereniging van

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Huidtherapeuten en in Nederland praktijk houdt.

Huisarts

degene die volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G. als huisarts geregistreerd staat en in Nederland de algemene praktijk houdt.

Hulpmiddelen

de middelen die staan op een lijst van hulpmiddelen, die in een ministeriële Regeling is vastgesteld. Wij hebben een reglement opgesteld met voorwaarden voor de vergoeding van deze hulpmiddelen. De Regeling en het reglement maken deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt dit reglement bij ons aanvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Indicatie

aanwijzing welke behandeling moet worden toegepast ingeval van een bepaalde ziekte, aandoening of gebrek.

Jaar

als wij het in de voorwaarden hebben over een jaar, bedoelen wij daarmee een kalenderjaar. Dit is het jaar dat loopt van januari tot januari.

Kaakchirurg

een tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

een fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de Wet B.I.G.. De fysiotherapeut is tevens als kinderfysiotherapeut geregistreerd in het register van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (K.N.G.F.).

Kraamcentrum/kraaminrichting

een instelling die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en door ons erkend is als kraamcentrum of kraaminrichting.

Kraamzorg

de zorg voor moeder, kind en huishouding door de kraamhulp bij de verzekerde moeder thuis. De kraamzorg volgt direct op de bevalling van de moeder. De kraamzorg is alleen bedoeld voor de biologische moeder, niet voor anderen zoals bijvoorbeeld een adoptief moeder. De kraamhulp is verbonden aan een kraamcentrum of kraaminrichting.

Laboratoriumonderzoek

onderzoek dat verricht wordt door een laboratorium in het kader van een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium moet van het C.T.G. een tariefbeschikking hebben ontvangen, waardoor het laboratorium tot een bepaalde maximumprijs het onderzoek mag declareren.

Logopedische behandeling

spraaklessen door een logopedist ter correctie van spraak- of stemgebreken.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Logopedist

een spraak- en stemkundige die als logopedist geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie. De logopedist is in het bezit van een diploma dat verstrekt is door de Stichting Logopedische Opleidingen of van een daaraan gelijkgesteld of gelijk te stellen diploma.

Maand

kalendermaand; de periode die overeenkomt met één van de maanden van het jaar.

Manueel therapeut

een fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de Wet B.I.G.. De fysiotherapeut is tevens als manueel therapeut geregistreerd in het register van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (K.N.G.F.).

Medische noodzaak

de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling die door de medische wetenschap internationaal bekend, voldoende beproefd en deugdelijk bevonden is en daardoor is erkend.

Medisch specialist

Zie onder "specialist".

Medisch specialistische zorg

Zie onder "specialistische zorg".

Mondhygiënist

degene die als mondhygiënist geregistreerd staat volgens de voorwaarden van de Wet B.I.G. en in Nederland gevestigd is.

Oedeemtherapeut

een fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de Wet B.I.G.. De fysiotherapeut is tevens als oedeemtherapeut geregistreerd in het register van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (K.N.G.F.).

Oefentherapeut-Cesar of oefentherapeut-Mensendieck

degene die als oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en in Nederland gevestigd is.

Oefentherapie Cesar of Mensendieck of fysiotherapie

een behandeling door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck of fysiotherapeut.

Ombudsman Zorgverzekeringen

het instituut dat klachten van verzekerden behandelt over de ziekenfondsverzekering, de A.W.B.Z. en de particuliere verzekering. Het instituut bemiddelt hierbij tussen de verzekerden en CZ, tenzij in de wet of een (andere) overeenkomst is geregeld dat er een andere klachtenregeling is aangewezen. De Ombudsman Zorgverzekeringen is ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Het adres staat in de Inleiding van deze Algemene Voorwaarden onder het deel "Adressen".

Opname

(aanvang van) een verblijf langer dan 24 uur in een erkende instelling indien en zolang er:

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- a. een medische noodzaak bestaat voor verpleging, onderzoek en behandeling die alleen in een ziekenhuis kunnen worden geboden en;
- b. niet onderbroken medisch specialistische zorg door een specialist of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.

Orthodontist

een tandarts, die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Prothese

hulpmiddel, dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Publiekrechtelijke regeling

de regeling die deelnemers en hun gezinsleden voorziet in een tegemoetkoming in hun ziektekosten. Deze regeling wordt uitgevoerd door het Instituut Zorgverzekering Ambtenaren Nederland (I.Z.A. Nederland), de Interprovinciale Ziektekosten Regeling (I.Z.R.) of de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie (D.G.V.P.)

Repatriëring

ziekenvervoer van een verzekerde van:

- a. zijn tijdelijke verblijfplaats of de plaats van ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland

naar:

- b. de plaats van behandeling of verpleging in Nederland.

Revalidatie

de gecombineerde zorg die bestaat uit onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist. Revalidatie is in het betreffende geval de meest effectieve zorg om een handicap als gevolg van stoornissen en beperkingen aan armen en/of benen te voorkomen, verminderen of overwinnen. En revalidatie is – gegeven de beperkingen – redelijkerwijs de beste methode om zelfstandigheid te bereiken of te behouden.

R.I.A.G.G.

Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg zoals bedoeld wordt in de A.W.B.Z..

Schoonheidsspecialist

degene die in het bezit is van een diploma van de basisopleiding en een vervolgopleiding voor schoonheidsspecialisten en als schoonheidsspecialist praktijk houdt. Deze vervolgopleiding moet een specialisatie betreffen in de gedeclareerde behandelingen waarvan u de kosten bij ons heeft verzekerd. De schoonheidsspecialist is met de desbetreffende specialisatie geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting: een schoonheidsspecialiste kan dus alleen maar de kosten van een acné-behandeling declareren, als zij naast haar basisopleiding ook een diploma voor die specialisatie heeft behaald. Bij de beroepsvereniging ANBOS is de schoonheidsspecialiste geregistreerd voor deze specialisatie. Een diploma voor bijvoorbeeld elektrische epilatie is niet voldoende om bij CZ een acné-behandeling te kunnen declareren.

Schriftelijk

per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht. Heeft u een verzekering via internet gesloten, dan vindt schriftelijk contact met ons alleen plaats door middel van e-mailberichten.

Specialist of medisch specialist

de arts die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G. en als medisch specialist in Nederland praktijk houdt.

Specialistische zorg of medisch specialistische zorg

Zorg of behandeling die in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en hoort tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.

Spoedeisend

medisch niet verantwoord om het verlenen van hulp uit te stellen.

Sportarts

de arts die:

- a. geregistreerd is in het register van sociaal-geneeskundigen volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G.. De arts is opgeleid in de sociale geneeskunde en houdt als sportarts praktijk; of
- b. als sportarts werkt in een Sport-Medisch Adviescentrum of sport-medische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sport-Medische Instellingen.

Tandarts

degene die geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G. en in Nederland praktijk houdt.

Tandheelkundige noodzaak

de noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundig - wetenschappelijke overwegingen.

Tandprotheticus

degene die is opgeleid volgens de voorwaarden van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en die in Nederland gevestigd is.

Thuiszorg

verpleging of verpleging in combinatie met verzorging voor één of meer dagdelen bij u thuis. Deze verpleging of verzorging dient ter bekorting of vervanging van een opname, specialistische behandeling of verblijf in het ziekenhuis.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

uw aanwezigheid in het buitenland zonder dat u daar woont. (Zie hiervoor ook het begrip

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

“wonen” in deze woordenlijst).

UPT-tariefcode

de code Uniforme Particuliere Tarieven. Deze code wordt landelijk gebruikt om tandheelkundige verrichtingen te kunnen benoemen.

Verloskundige

degene die als verloskundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G. en in Nederland praktijk houdt.

Verpleegkundige

degene die als verpleegkundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G. en in Nederland praktijk houdt.

Verzekerde(n)

degene(n) die zo op de polis vermeld staat of staan. In de verzekeringsvoorwaarden wordt de verzekerde aangesproken met “u” en “uw”.

Verzekering

een overeenkomst van verzekering met als onderwerp:

- a. een hoofdverzekering;
- b. een aanvullende verzekering;
- c. een combinatie van een hoofdverzekering met één of meer aanvullende verzekering(en);
- d. een combinatie van aanvullende verzekeringen.

Verzekeringnemer

degene die de verzekering heeft afgesloten. De polis is op naam van de verzekeringnemer gesteld. In de verzekeringsvoorwaarden worden zowel de verzekerde als de verzekeringnemer aangesproken met “u” en “uw”. Wanneer we alleen de verzekeringnemer en niet de verzekerde bedoelen, is deze aangeduid met “u (verzekeringnemer)”.

Verzekeringsvoorwaarden

de Algemene Voorwaarden en het Vergoedingen Overzicht die betrekking hebben op de verzekering(en) die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.

Week

een periode die begint op maandag en zeven achtereenvolgende dagen duurt.

Wet B.I.G.

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Toelichting: De Wet B.I.G. regelt aan welke eisen verschillende groepen van zorgverleners moeten voldoen om hun beroep te mogen uitoefenen.

Wettelijke verzekering

verzekering die in de Ziekenfondswet geregeld is.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting: In deze wet is geregeld wie in het ziekenfonds verzekerd zijn en wat de dekking is van het ziekenfondspakket.

Wonen

de situatie dat u het middelpunt en uw sociale activiteiten op één bepaalde plaats of in één bepaald land heeft. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan wordt u geacht daar te wonen. (Zie hiervoor ook het begrip "tijdelijk verblijf in het buitenland" in deze woordenlijst).

Toelichting: Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis heeft of huurt, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van maatschappelijke of sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

Woonland

het land waar u woont, behalve Nederland.

Toelichting: wij praten over "woonland" als u in een ander land woont of bijvoorbeeld voor werk bent gedetacheerd.

W.T.Z.

Wet op de toegang tot Ziektekostenverzekeringen 1998.

Toelichting: de W.T.Z. regelt de inhoud en premie van bijvoorbeeld de StandaardPakketPolis en de gevallen waarin men zich voor die polis in kan laten schrijven.

W.T.Z.-verzekering

de verzekering die is gebaseerd op de W.T.Z.. Dit kan een StandaardPolis, een StandaardPakketPolis of een Studenten StandaardPakketPolis zijn.

Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)

een organisatorisch verband dat **geen** deel uitmaakt van en / of **niet** fungeert ten behoeve van een ziekenhuis. Het Zelfstandig Behandel Centrum verleent medisch specialistische zorg. Het heeft daarvoor een vergunning van de bevoegde overheidsinstantie ontvangen en is door ons geaccepteerd. Wij verstaan onder Zelfstandig Behandel Centrum **niet** een eenmanspraktijk of zogenaamde buitenpraktijk van een specialist.

Ziekenfonds

een ziekenfonds zoals bedoeld in de Ziekenfondswet.

Ziekenfondsverzekering

zie 'Wettelijke verzekering'.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Ziekenhuis

een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Het ziekenhuis is door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten en in Nederland gevestigd.

Ziekenvervoer

- a. ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland: het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto, helikopter of eigen auto tussen:
- 1) de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte en
 - 2) de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging,
- b. ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland: het spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:
- 1) de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland en
 - 2) de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of in Nederland of het wettelijke woonadres.
- Wij verstaan onder ziekenvervoer in dit geval **niet** het vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland.

Ziekenverzorger / ziekenverzorgster

degene die als ziekenverzorger / ziekenverzorgster geregistreerd is volgens de door de overheid gestelde regels en dit beroep in Nederland uitoefent.

Zorgverlener

de persoon of instelling die bevoegd is een medische, tandheeskundige of verpleegkundige behandeling te geven of dergelijke zorg te verlenen.

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Toelichting: Vereniging Zorgverzekeraars Nederland geeft adviezen aan de zorgverzekeraars en ziekenfondsen. Van deze vereniging zijn bijna alle zorgverzekeraars en ziekenfondsen in Nederland lid. CZ ook.

2. Vergoedingen

2.1. Algemeen

2.1.1 Hoe weet u wat u vergoed krijgt?

Als u bij ons verzekerd bent, wilt u natuurlijk ook weten, waar u recht op heeft. Dat hebben we in drie documenten vastgelegd: de polis, deze Algemene Voorwaarden en het Vergoedingen

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Overzicht:

1. Polis

De polis krijgt u bij veranderingen van ons toegezonden. Heeft u een verzekering bij ons gesloten via internet, dan kunt u de nieuwe polis daar op onze site vinden. Op de polis staat o.a. welke verzekering(en) u heeft afgesloten.

2. Algemene Voorwaarden

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u Algemene Voorwaarden toe of kunt u via internet raadplegen als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten. Daarna kunt u ze bij ons opvragen of inzien via internet. In deze Algemene Voorwaarden – en met name vanaf artikel 2.2 tot artikel 3 - worden **alle** behandelingen beschreven die in de verschillende verzekeringen van CZ voor kunnen komen. Dit betekent **niet** dat:

- a. deze behandelingen allemaal onder de dekking vallen van de verzekering die u heeft gesloten; en
- b. u de kosten van de behandelingen waarvoor u verzekerd bent ook voor 100% vergoed krijgt.

Kijk op het Vergoedingen Overzicht of u daadwerkelijk recht heeft op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is!

3. Vergoedingen Overzicht

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u het Vergoedingen Overzicht, evenals de Algemene Voorwaarden, toe of kunt u via internet raadplegen als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten. Daarna kunt u dit bij ons opvragen of inzien via internet. Op het Vergoedingen Overzicht staat:

- a. per verzekering welke behandelingen wij vergoeden;
- b. de hoogte van de vergoeding;
- c. een verwijzing naar een artikel uit deze Algemene Voorwaarden. In dat artikel leest u aan welke voorwaarden u moet voldoen om recht te hebben op een vergoeding.

Toelichting: Stel: U heeft een particuliere Zorgpolis met een Basisverzekering en een Aanvullende Verzekering Basis afgesloten. U bent zwanger en wilt weten hoe het zit met de Kraamzorg. U kijkt op het Vergoedingen Overzicht:

- *onder de dekking van de Basisverzekering ziet u bij Kraamzorg staan dat wij 100% van de kosten voor acht dagen kraamzorg betalen. Er staat een verwijzing naar artikel 2.33.2.c van de Algemene Voorwaarden.*
- *onder de dekking van de Aanvullende Verzekering Basis ziet u bij Kraamzorg staan dat wij 100% aanvullende kraamzorg vergoeden over vier dagen. Er staat een verwijzing naar artikel 2.35 van de Algemene Voorwaarden.*

U pakt de Algemene Voorwaarden en kijkt onder artikel 2.33.2.c. Daar staat dat u de kosten van kraamzorg vergoed krijgt als:

- *u de kraamzorg uiterlijk drie maanden voor de verwachte bevallingsdatum aanvraagt via CZ Kraamzorgservice;*
- *de kraamzorg wordt verleend door een instelling waarmee wij een overeenkomst voor kraamzorg hebben afgesloten.*

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Voor de aanvullende kraamzorg kijkt u bij artikel 2.35 van de Algemene Voorwaarden. Daar staat dat u recht heeft op deze aanvullende kraamzorg als de verzekerde moeder ernstige medische problemen vertoont die verband houden met de bevalling.

2.1.2 Voorwaarden voor vergoeding

Valt de behandeling onder de dekking van uw verzekering? Dan vergoeden wij u de kosten als:

- a. er een medische of tandheelkundige noodzaak voor de behandeling bestaat;
- b. die zijn afgesproken voor de behandeling (zie ook artikel 2.1.3 en 2.1.4.a);
- c. de behandeling plaatsvindt gedurende de periode dat deze verzekering van kracht is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum van de factuur voor die behandeling;
- d. u voldoet aan de vereisten en voorwaarden van de betreffende vergoeding voldoet. Deze staat in de 'Omschrijving van de dekking' die bij de behandelingen vanaf artikel 2.2. genoemd worden, zoals bijvoorbeeld de voorwaarde dat de behandeling voorgeschreven moet zijn door een arts;
- e. de behandeling is voorgeschreven door een medisch zorgverlener, als dat als voorwaarde staat vermeld in het artikel waarin de betreffende behandeling is beschreven. Deze medisch zorgverlener kan een arts, tandarts, specialist, verloskundige of bedrijfsarts zijn. Dit is afhankelijk van de aard van de behandeling.
- f. wij u niet langer dan 365 dagen geleden toestemming voor een behandeling hebben gegeven (de toestemming is maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen). Deze toestemming is alleen vereist als dit in de 'Omschrijving van de dekking' vanaf artikel 2.2. ook staat vermeld;
- g. een opname in het ziekenhuis binnen 24 uur door de behandelend arts of het ziekenhuis aan ons is gemeld. Als u voor spoedeisende zorg in een ziekenhuis in het buitenland opgenomen wordt, moet dit binnen 24 uur gemeld worden via de CZ Helpline (zie voor de telefoonnummers de inleiding voor in dit boekje);
- h. de instelling of inrichting waar een behandeling plaatsvindt voldoet aan alle wettelijke eisen (bijvoorbeeld erkenning door de minister);
- i. de kosten gedeclareerd worden door de zorgverlener, instelling of inrichting die de behandeling heeft verricht of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling heeft plaatsgevonden;
- j. u geen handelingen verricht of nalaat die onze eventuele verhaalsrechten zouden kunnen schaden. U bent verplicht mee te werken aan het realiseren van onze verhaalsrechten;
- k. de kosten vallen onder de verzekering van de verzekerde die de behandeling ondergaat;
- L. de zorg en behandeling moeten in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk zijn. Dat is het geval als de zorg en behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende zijn beproefd en deugdelijk zijn bevonden en daardoor erkend zijn;
- m. de behandeling moet feitelijk hebben plaatsgevonden. Behandelingen en consulten worden niet vergoed als deze telefonisch of elektronisch hebben

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

plaatsgevonden, tenzij in de bepaling over de betreffende vorm van zorg uitdrukkelijk staat vermeld dat wij in dat geval de kosten van behandeling dan wel vergoeden.

2.1.3. Wat moet u doen om uw kosten vergoed te krijgen?

- a. U stuurt rekeningen op
U moet de **originale** rekeningen en kwitanties (**geen kopie!**) binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden aan ons opsturen. Deze rekeningen en kwitanties moeten door de zorgverlener zo gespecificeerd zijn dat wij ze zonder navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden af kunnen wikkelen.
- b. U stuurt rekeningen via internet in
Heeft u een verzekering gesloten via internet, dan declareert u de rekeningen elektronisch via internet. De originele rekeningen en kwitanties bewaart u en stuurt u niet naar ons op. Wij kunnen ter controle van de elektronisch ontvangen rekeningen de papieren, originele exemplaren bij u opvragen. Die moet u dan per post naar ons opsturen.
- c. De zorgverlener stuurt ons rekeningen op
Rekeningen en kwitanties die de zorgverlener rechtstreeks aan ons doorstuurt, moeten schriftelijke originelen zijn of staan op voor computers leesbare gegevensdragers (bijvoorbeeld diskettes) of door ons worden ontvangen door middel van elektronische gegevensuitwisseling.

2.1.4 Tarieven van zorgverleners en vergoeding door ons

- a. Als uitgangspunt voor vergoeding dienen tarieven. Wij hebben met zorgverleners tarieven afgesproken voor de behandelingen. Krijgt u een behandeling door een zorgverlener met wie wij geen tarieven hebben afgesproken, dan vergoeden wij die behandeling volgens een tarief dat wij voor die behandeling hebben vastgesteld. Dat kan betekenen, dat niet het gehele gedeclareerde bedrag vergoed wordt; de tariefoverstijging blijft dan voor uw rekening. Voor informatie over de hoogte van deze tarieven kunt u contact opnemen met onze afdeling Klantenservice.

Toelichting: Stel: U heeft zich laten behandelen door een zorgverlener met wie wij geen tarieven voor diens behandelingen hebben afgesproken. Voor dit soort behandelingen hebben wij dan zelf tarieven vastgesteld. Daarbij kunnen wij rekening houden met verschillende omstandigheden. Bijvoorbeeld of voor dit soort behandelingen een wettelijk vastgesteld maximum tarief bestaat. Dat tarief wordt door een overheidsorgaan, het C.T.G., vastgesteld. Of, als dat niet meer bestaat, met het laatst geldende wettelijk maximum tarief van het C.T.G.. Of met het tarief dat wij voor dit soort behandelingen al met andere zorgverleners hebben afgesproken.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. Wij vergoeden nooit meer dan de kosten die u werkelijk gemaakt heeft.
- c. Bij de vaststelling van de vergoeding van nota's gaan we volgens een bepaalde volgorde te werk:
 - 1) eerst wordt bepaald van welk tarief sprake is. Is dit een tarief van een gecontracteerd zorgverlener, dan heeft de zorgverlener dit overeengekomen tarief gedeclareerd. Is het een andere zorgverlener kan hij een ander (hoger) tarief hebben gedeclareerd dan wij hebben vastgesteld. Een deel blijft dan buiten vergoeding.
 - 2) op de betreffende zorgvorm kan een eigen bijdrage van toepassing zijn. De eigen bijdrage blijft buiten vergoeding.
 - 3) de betreffende zorgvorm kan deel uitmaken van de hoofdverzekering. En op die hoofdverzekering kan nog een (deel van het) eigen risico resteren. Het eigen risico blijft buiten vergoeding.

Van het gedeclareerde bedrag wordt dat deel aan u vergoed, dat overblijft na verwerking van gegevens over tarief, eigen bijdrage en eigen risico.
- d. Bepaalde behandelingen vergoeden wij eenmalig. Als dit zo is staat dit aangegeven in deze Algemene Voorwaarden bij de betreffende behandeling vanaf artikel 2.2 tot artikel 3, of in het Vergoedingen Overzicht. Heeft u de kosten van de betreffende behandeling eenmaal vergoed gekregen, dan vergoeden wij die behandeling daarna niet meer, ook niet als uw verzekering wijzigt of stilzwijgend wordt verlengd.

2.1.5 Betaling aan de zorgverlener

- a. U (verzekeringnemer en verzekerde) heeft met ons een verzekeringsovereenkomst gesloten. U heeft daardoor deze algemene voorwaarden aanvaard. Daarmee geeft u ons toestemming om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen. We kunnen met hen afspreken dat zij de rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij rechtstreeks aan hen betalen. Uw tussenkomst is dan niet nodig. U (verzekeringnemer en verzekerde) bent verplicht mee te werken. Als wij van een zorgverlener of leverancier een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener of leverancier te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener of leverancier betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.
- b. Als wij aan een zorgverlener of leverancier meer vergoeden dan wij volgens de wet of volgens het tarief dat wij met de zorgverlener of leverancier hebben afgesproken verplicht zijn, wordt u geacht ons een volmacht te hebben gegeven om het teveel betaalde bedrag bij de zorgverlener of leverancier terug te kunnen vorderen.
- c. Als u op grond van de verzekeringsvoorwaarden geen recht heeft op een vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener of leverancier betaald hebben (bijvoorbeeld door eigen risico of gemaximeerde vergoeding), bent u verplicht ons het verschil te betalen. U betaalt ons dit verschil op de wijze waarop u uw premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro). Heeft u bij ons een verzekering via internet gesloten, dan betaalt u door middel van automatische incasso.

2.1.6. Eigen risico (zie ook artikel 7)

U heeft uw hoofdverzekering afgesloten met een eigen risico. Dit is het bedrag dat u jaarlijks zelf aan ziektekosten moet betalen. U vindt dit bedrag op uw polis. Wij vergoeden de kosten die u maakt pas als u het eigen risico heeft afgelost.

Voor de kosten die onder een aanvullende verzekering worden afgewikkeld, geldt **geen** eigen risico (tenzij in het Vergoedingen Overzicht bij die aanvullende verzekering staat dat het eigen risico wel van kracht is).

Kosten die wij verrekenen met het eigen risico van uw hoofdverzekering, krijgt u **niet** vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Toelichting: Stel: U heeft een Zorgpolis afgesloten met een eigen risico van € 1.000,- per jaar. U stuurt ons voor € 700,- aan nota's op. Hoewel deze nota's op grond van de hoofdverzekering geheel voor vergoeding in aanmerking komen, betalen wij u deze nota's toch niet. Wij trekken deze af van het eigen risico. Dit eigen risico staat daarmee nog op € 300,-. Daarna stuurt u ons voor € 400,- aan nota's op. Wij verrekenen eerst € 300,- met het eigen risico. Dat staat daarmee op € 0,-. Vervolgens betalen wij u € 100,-. Ook de verdere kosten die u dat jaar declareert, krijgt u volgens de voorwaarden van ons vergoed.

2.1.7 Vergoeding van kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland

- a. Als u kosten maakt in het buitenland, krijgt u deze in Nederlands wettig betaalmiddel in Nederland vergoed. Wij hanteren daarbij de verrekeningskoers die geldt op de dag dat wij de nota's ontvangen.
- b. Kosten die u maakt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, krijgt u alleen vergoed als het gaat om kosten:
 - 1) voor medische hulp met een spoedeisend karakter, en die;
 - 2) betrekking hebben op diensten die door een in het buitenland gevestigde zorgverlener zijn verricht of goederen die door een in het buitenland gevestigde leverancier zijn geleverd terwijl die zorgverlener of leverancier voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld, en die;
 - 3) niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om in het buitenland behandeld te worden, en die;
 - 4) op het moment dat u naar het buitenland vertrok niet te voorzien waren.

Voor de vergoeding van kosten die u tijdens een tijdelijk verblijf in andere EG- of EER-Lidstaat maakt, gelden andere regels. Zie in die gevallen artikel 2.55.4.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.1.8 Eerst vergoeding uit hoofdverzekering, dan pas uit aanvullende verzekering.

- a. Heeft u naast uw hoofdverzekering een aanvullende verzekering afgesloten? Dan krijgt u uw kosten altijd eerst vergoed vanuit de hoofdverzekering. Pas als de kosten niet of niet meer vanuit de hoofdverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij deze uit de aanvullende verzekering. De kosten moeten natuurlijk wel onder de dekking van deze aanvullende verzekering vallen.

Er zijn kosten die niet onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Dat zijn:

- 1) kosten die niet vergoed worden, omdat deze onder het eigen risico van de hoofdverzekering vallen; of
- 2) kosten die uitgaan boven het tarief (tariefverstijging), dat wij als uitgangspunt nemen voor vergoeding (zie artikel 2.1.4.).

Toelichting: Stel: U heeft de Zorgpolis met een Basisverzekering en een Aanvullende Verzekering Basis afgesloten. Het eigen risico van de Basisverzekering bedraagt bijvoorbeeld € 100,-.

Na een bezoek aan uw huisarts bent u doorverwezen naar de fysiotherapeut voor 12 behandelingen. U ontvangt een nota van de fysiotherapeut van € 20,- per behandeling. In totaal moet u hem € 240,- betalen. U wilt weten of u de kosten hiervan vergoed krijgt.

U kijkt op het Vergoedingen Overzicht:

*Onder de dekking van de **Basisverzekering** ziet u bij Fysiotherapie staan dat wij de kosten van ten hoogste 9 behandelingen fysiotherapie per jaar vergoeden. Er staat een verwijzing naar artikel 2.22.1 van de Algemene Voorwaarden. We hebben geconstateerd dat het volledige in rekening gebrachte tarief van deze zorgverlener wordt vergoed. U krijgt dus 9 behandelingen onder de Basisverzekering vergoed. Dat is 9 x € 20,- = € 180,-. Uw eigen risico bedraagt € 100,-. Van deze € 180,- valt dus € 100,- onder uw eigen risico. Wij maken € 180,- **min** € 100,- = € 80,- over op uw bankrekening.*

*Onder de dekking van de **Aanvullende Verzekering Basis** ziet u bij Fysiotherapie staan dat wij de kosten van negen extra behandelingen per jaar vergoeden. Er staat een verwijzing naar artikel 2.22.4 van de Algemene Voorwaarden. We hebben ook hier geconstateerd dat het volledige in rekening gebrachte tarief van deze zorgverlener wordt vergoed. U krijgt de resterende 3 behandelingen dus onder de Aanvullende verzekering Basis vergoed. Dit is 3 x € 20,- = € 60,-. Ook dit bedrag maken wij over op uw bankrekening.*

*Het eigen risico uit de Basisverzekering blijft voor uw rekening. Wij vergoeden dit bedrag **niet** uit de Aanvullende verzekering Basis van de ZorgPolis.*

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. In aanvulling op verstrekkingen vanuit de A.W.B.Z. of uw ziekenfondsverzekering, kunnen bepaalde kosten voor vergoeding in aanmerking komen als:
- 1) voor de behandeling een medische noodzaak bestaat, en;
 - 2) u een verzekering heeft afgesloten die zo'n aanvullende vergoeding in de dekking heeft, en;
 - 3) u bij ons staat ingeschreven als verzekerde volgens de A.W.B.Z. of als ziekenfondsverzekerde in het Ziekenfonds van CZ, en;
 - 4) de kosten betrekking hebben op behandelingen die in het pakket zitten bij het Ziekenfonds of de A.W.B.Z., en;
 - 5) de verstrekking volgens de richtlijnen van het Ziekenfonds of de A.W.B.Z. niet wordt afgewezen, en;
 - 6) de kosten gedeeltelijk voor rekening komen van de A.W.B.Z. of van het Ziekenfonds.

2.1.9. Cessie

Wij kunnen in een aantal gevallen derden aansprakelijk stellen voor kosten die wij hebben vergoed onder de dekking van uw verzekering. Als wij deze kosten willen verhalen bent u verplicht mee te werken aan de overdracht van de rechten die u op ons had, voordat wij deze kosten hebben vergoed of in mindering hebben gebracht op uw eigen risico.

Omschrijving van de dekking

2.2. Opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.2.1. Opname en medisch specialistische zorg

Wij vergoeden:

- a. de kosten van opname en verpleging in de derde klasse voor een niet onderbroken periode van maximaal 365 dagen;
- b. het honorarium van medisch specialistische zorg in het ziekenhuis (ook als er geen sprake is van een opname);
- c. bijkomende kosten in het ziekenhuis (ook als er geen sprake is van een opname).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname en medisch specialistische zorg zijn voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven (alleen als er sprake is van een opname);
- c. de kosten zijn in rekening gebracht door het ziekenhuis.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.2.2. Dagverpleging

Wij vergoeden de kosten van dagverpleging.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

2.2.3. Opname van moeder en kind

Wij vergoeden de verpleegkosten van zowel u (de moeder) als uw kind, ook al is een opname voor één van beiden niet medisch noodzakelijk.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts; en
- b. wij hebben u (de moeder) vooraf toestemming gegeven; en
- c. uw kind is jonger dan drie maanden en krijgt borstvoeding; en
- d. u (de moeder) en uw kind hebben beiden tenminste een hoofdverzekering bij ons. Heeft slechts één van beiden een hoofdverzekering bij ons, dan worden alleen kosten vergoed van deze verzekerde; en
- e. u (de moeder) declareert geen reiskosten bij ons.

Als uw kind is opgenomen in het ziekenhuis, kunnen wij in plaats van kosten voor ziekenhuisopname ook reiskosten van u (de moeder) vergoeden. U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Zie artikel 2.60..

2.2.4. Opname in het Nederlands Astma Centrum (N.A.D.)

Wij vergoeden de kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum (N.A.D.) te Davos.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;
- b. de noodzaak tot opname is vastgesteld na een evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in Nederland;
- c. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.2.5. Plastische chirurgie of laserbehandeling

Wij vergoeden de kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk door middel van plastische chirurgie of laserbehandelingen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. er is sprake van een verminking door een ongeval of ziekte, of van een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is;
- d. de kosten zijn in rekening gebracht door het ziekenhuis.

2.3. Ziekenhuisverpleging in de hogere klassen

Op uw polis ziet u voor welke ziekenhuisklasse u verzekerd bent. Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.3.1 Ziekenhuisverpleging in de verzekerde klasse

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisverpleging in de verzekerde klasse (klassentoeslag). De verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse (meestal is dat de 3^e klasse). Niet voor vergoeding komen in aanmerking:

- a. de kosten van verpleging in de laagste klasse. Deze worden vergoed volgens de wettelijke verzekering of volgens artikel 2.2.1.;
- b. de kosten van een hogere klasse dan waarvoor u bent verzekerd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. uw verzekerde klasse is hoger dan de derde klasse.

2.3.2. Ziekenhuisverpleging in een ziekenhuis met slechts één tweede klasse

Als u verzekerd bent voor de klasse 2/2B of 2 A en wordt verpleegd in de eerste of tweede klasse van een ziekenhuis met slechts één enkele tweede klasse, vergoeden wij de kosten van ziekenhuisverpleging volgens het tarief van de tweede klasse van dat ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven.

2.3.3. Compensatie voor verpleging in de laagste klasse

Als u bent opgenomen en verpleegd in de laagste klasse terwijl u voor een hogere klasse bent verzekerd, geven wij u ter compensatie een vast bedrag dat in het Vergoedingen Overzicht wordt genoemd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. u bent opgenomen in de laagste klasse;
- d. u dient bij ons een verzoek in voor het compensatie bedrag. Als u ons niet om compensatie verzoekt, beschouwen wij de rekening van uw ziekenhuisopname en -verpleging als een verzoek tot uitkering van het compensatiebedrag.

2.3.4. Liggelduitkering

Als u bent opgenomen en verpleegd in een ziekenhuis terwijl u voor een hogere klasse bent verzekerd, geven wij u een vast bedrag dat in het Vergoedingen Overzicht wordt genoemd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. u dient bij ons een verzoek in voor de liggelduitkering. Als u ons niet om de liggelduitkering verzoekt, beschouwen wij de rekening van uw ziekenhuisopname en –verpleging als een verzoek tot uitkering van het liggeld.

2.4. Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.4.1. Zelfstandig Behandel Centrum:

Wij vergoeden:

- a. het honorarium van medisch specialistische zorg in rekening gebracht door het zelfstandig behandel centrum;
- b. bijkomende kosten in rekening gebracht door het zelfstandig behandel centrum.

De hoogte van de vergoeding komt overeen met de tarieven die voor de behandelingen met ons zijn afgesproken of die door het daartoe bevoegde overheidsorgaan zijn afgegeven of goedgekeurd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts;
- b. de aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling en een bijbehorende pro forma nota (kostenbegroting).
- c. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.4.2. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**, ongeacht of deze zijn gemaakt voor de (behandelde) verzekerde, de begeleider of anderen:

- a. hotelkosten, verblijfkosten, verpleegkosten en kliniekkosten, hoe ook genaamd;
- b. reis- en vervoerskosten, tenzij die vergoed worden op grond van artikel 2.25. "ziekenvervoer".

2.5. Orgaantransplantatie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.5.1. Orgaantransplantatie en weefselyperingen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. transplantatie van de donorweefsels huid, hoornvlies, beenmerg en bot en transplantatie van de donororganen nier, nier-alveesklier (gecombineerd), hart, long, hart-long (gecombineerd) en lever;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. weefselyperingen in verband met deze transplantaties.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de transplantatie of weefselypering is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. de transplantatie betreft een indicatie die volgens algemeen geldende medische opvattingen voor de betreffende vorm van transplantatie is aanvaard;
- d. de weefselyperingen worden gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (N.T.S.).

2.5.2. Verpleging en behandeling van de donor

Wij vergoeden de kosten van:

- a. verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor deze verzekerd is;
- b. medische behandeling van de donor voor een periode van maximaal drie maanden nadat hij ontslagen is uit het ziekenhuis waar hij voor de selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de transplantatie is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. de behandeling van de donor houdt verband met een orgaantransplantatie die op grond van deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komt.

2.6. Nierdialyse

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Nierdialyse

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in het ziekenhuis (zowel bij opname als poliklinisch) en bij u thuis. Bij thuisdialyse vergoeden wij ook bepaalde niet-medische kosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de nierdialyse is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Voor een vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse kunnen wij aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.7. Leukemie bij kinderen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Leukemie bij kinderen

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de kosten worden gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

2.8. Chronisch intermitterende beademing

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Chronisch intermitterende beademing

Wij vergoeden de kosten:

- a. die verband houden met mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum, of;
- b. van de door het beademingscentrum ter beschikking gestelde gebruiksklare apparatuur op uw verblijfsplaats.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de chronisch intermitterende beademing is voorgeschreven door een specialist.

2.9. Trombosedienst

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Trombosedienst

Wij vergoeden de kosten die gedeclareerd zijn door een trombosedienst, als deze kosten betrekking hebben op:

- a. zorg verleend door de trombosedienst;
- b. het ter beschikking stellen van zelfmeetapparatuur (inclusief toebehoren);
- c. instructie en/of training voor het gebruik van zelfmeetapparatuur.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de zorg is voorgeschreven door een arts;
- b. de zelfmeetapparatuur is verstrekt door de trombosedienst;
- c. de verzekerde heeft voor het gebruik van de zelfmeetapparatuur een opleiding bij de trombosedienst gevolgd en daarvoor een certificaat behaald.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.10. Medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.10.1. Zorg door een medisch specialist of kaakchirurg (mond- en kaakchirurgie)

Wij vergoeden:

- a. het honorarium van medisch specialistische zorg, die buiten het ziekenhuis is verleend en in rekening is gebracht door een medisch specialist;
- b. het honorarium van medisch specialistische zorg, die buiten het ziekenhuis is verleend en in rekening is gebracht door een kaakchirurg, inclusief mond- en kaakchirurgie;
- c. de bijkomende kosten die in rekening zijn gebracht door een kaakchirurg.

Uitsluiting:

Onder kaakchirurgie wordt niet vergoed parodontale chirurgische hulp.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts.

2.10.2. Plastische chirurgie of laserbehandelingen

Wij vergoeden de kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk door middel van plastische chirurgie of laserbehandelingen, die plaatsvindt buiten het ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de medisch specialistische zorg is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. er is sprake van een verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, of van een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is;

2.11. Revalidatie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.11.1. Wanneer sprake van revalidatie

Er is sprake van revalidatie die wij volgens dit artikel vergoeden als:

- a. revalidatie voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. u met die hulp in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die met die beperkingen redelijkerwijze mogelijk is.
- c. de revalidatie plaatsvindt in een instelling voor revalidatie die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is.

2.11.2. Revalidatie

Wij vergoeden de kosten van revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling (zonder opname) en van klinische revalidatie (met opname).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de indicatie voor de revalidatiezorg komt overeen met de afspraken die daar landelijk over gemaakt zijn;
- b. u heeft ons vooraf toestemming gevraagd. Daarvoor heeft u of de revalidatie instelling ons een behandelplan opgestuurd. In dat behandelplan zijn tenminste de volgende punten beschreven:
 - 1) de aard en complexiteit van de stoornis of beperking;
 - 2) de bij de behandeling te betrekken disciplines;
 - 3) de verwachte duur en intensiteit van de behandeling.
- c. wij hebben als bewijs van onze toestemming een garantieverklaring aan de instelling waar de revalidatie plaatsvindt verstrekt.
- d. de revalidatie vindt plaats in een instelling voor revalidatie die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is.

Voor vergoeding van klinische revalidatie (met opname) geldt bovendien als extra voorwaarde:

- e. er is sprake van een meerdaagse opname waarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

2.12. Geneesmiddelen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.12.1. Geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen volgens de Regeling Farmaceutische Zorg die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt een algemene informatiebrochure van Zorgverzekeraars Nederland bij ons aanvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de geneesmiddelen zijn afgeleverd door een apotheek of apothekhoudend huisarts, tenzij wij anders bepalen; en
- b. de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts of verloskundige; en

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- c. de geneesmiddelen bevatten een stof waarvan de stofnaam op het voorschrift is vermeld; en
- d. de geneesmiddelen voldoen aan de eisen die de Regeling Farmaceutische Zorg stelt. Om dit te kunnen controleren stellen wij bij bepaalde geneesmiddelen extra voorwaarden, zoals de voorwaarde dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen voor de aanschaf van het geneesmiddel.

Periode waarover wij geneesmiddelen vergoeden

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen niet onbeperkt. Per voorschrift (recept) vergoeden wij de geneesmiddelen maximaal over een periode van:

- a. vijftien dagen als het gaat om geneesmiddelen voor een nieuwe medicatie, of om antibiotica of chemotherapeutica ter bestrijding van acute aandoeningen;
- b. twaalf maanden als het gaat om orale anticonceptiva ("de pil");
- c. drie maanden als het gaat om geneesmiddelen ter behandeling van een chronische ziekte, met uitsluiting van hypnotica en anxiolytica.
- d. dertig dagen als het gaat om hypnotica en anxiolytica.

Hierna vergoeden wij de kosten opnieuw voor deze periode als u een nieuw recept heeft. Om de kosten van orale anticonceptiva ("de pil") en insulinepreparaten opnieuw vergoed te krijgen, heeft u geen nieuw recept nodig, behalve wanneer het aanvankelijke recept maar een éénmalige aflevering betreft voor ten hoogste de wettelijk toegestane hoeveelheid.

Aangewezen geneesmiddelen

Wij kunnen uit een groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen aanwijzen. Wij vergoeden dan alleen die geneesmiddelen, die wij hebben aangewezen. Wij zorgen er bij deze aanwijzing altijd voor dat er per werkzame stof minimaal één geneesmiddel vergoed wordt uit de regeling Farmaceutische Zorg.

De behandelend arts kan van mening zijn, dat een behandeling met het aangewezen geneesmiddel in uw geval medisch niet verantwoord is en dat behandeling zou moeten plaatsvinden met een geneesmiddel dat wij niet hebben aangewezen. In dat specifieke geval vergoeden wij dat geneesmiddel, ook al hebben wij dat niet aangewezen. U moet dat vooraf dan wel bij ons aanvragen. Zie voor de officiële tekst van Zorgverzekeraars Nederland ook Bijlage I.

De lijst met aangewezen geneesmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt de actuele lijst bij ons aanvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Vastgestelde hoogte van de vergoeding

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Hierin is de maximale hoogte van de vergoedingen voor de geneesmiddelen geregeld. Wij vergoeden de kosten maximaal tot deze door de overheid vastgestelde bedragen.

Uitsluitingen:

- a. als de kosten van uw geneesmiddelen hoger zijn dan in dit vergoedingensysteem is geregeld, vergoeden wij u het verschil (uw eigen bijdrage) **niet**;
- b. geneesmiddelen die niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem zijn opgenomen, vergoeden wij **niet**, tenzij de Regeling Farmaceutische Zorg of wij anders bepalen;
- c. als uw verzekering uitdrukkelijk wel de eigen bijdrage op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vergoedt (in afwijking van uitsluiting

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

a.!), dan kan dat alleen als de geneesmiddelen zelf ook worden vergoed. Worden de geneesmiddelen niet vergoed (zie bijvoorbeeld uitsluiting b.), dan wordt de eigen bijdrage van het GVS niet vergoed.

2.12.2. Dieetpreparaten

Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten volgens de regeling Dieetpreparaten die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze regeling bij ons aanvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de dieetpreparaten voldoen aan de eisen van de Warenwetregeling Dieetvoeding voor medisch gebruik;
- b. de dieetpreparaten betreffen voedingsmiddelen met zowel een gewijzigde fysische als een gewijzigde chemische samenstelling;
- c. de dieetpreparaten zijn voorgeschreven door een arts;
- d. de dieetpreparaten zijn afgeleverd door een leverancier, waarmee wij een overeenkomst voor de levering van dieetpreparaten hebben gesloten;
- e. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Toestemming krijgt u alleen als:
 - 1) er sprake is van één van de volgende aandoeningen: een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, chronisch obstructief longlijden, een ernstige stofwisselingsstoornis, cystische fibrose, een ernstig aangeboren of tijdens de geboorte verworven hartfalen met een dreigende groeiachterstand bij kinderen;
 - 2) de voorgeschreven dieetpreparaten medisch noodzakelijk, werkzaam en effectief zijn;
 - 3) het gebruik van de dieetpreparaten doelmatig is.

2.12.3. Verbandmiddelen

Wij vergoeden de kosten van verbandmiddelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de verbandmiddelen zijn voorgeschreven door een arts;
- b. de verbandmiddelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij wij anders bepalen;
- c. er is sprake van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

2.12.4. Ongeregistreerde farmaceutische producten

Ongeregistreerde farmaceutische producten

Wij vergoeden de kosten van ongeregistreerde farmaceutische producten normaal gesproken **niet**.

Uitzondering:

Als u voldoet aan de volgende voorwaarden vergoeden wij de kosten **wel**:

- a. u lijdt aan een ziekte die in Nederland zelden voorkomt;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. het geneesmiddel is voorgeschreven door een arts;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- d. de hoofdinspecteur van Volksgezondheid heeft toestemming gegeven de geneesmiddelen in Nederland in te voeren. Daarbij is het doel van het geneesmiddel duidelijk aangegeven.

2.12.5. Aanvulling geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in aanvulling op de regeling Farmaceutische Zorg die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt een algemene informatiebrochure van Zorgverzekeraars Nederland bij ons aanvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de geneesmiddelen voldoen aan de voorwaarden en voorschrijfperiode zoals die in artikel 2.12.1. zijn genoemd;
- b. de voorwaarden van de regeling Farmaceutische Zorg zijn van toepassing, behalve als daarvan hieronder of in het Vergoedingen Overzicht wordt afgeweken;
- c. het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Wij vergoeden de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen;
- d. wij kunnen aan de vergoeding van bepaalde geneesmiddelen voorwaarden verbinden (bijvoorbeeld de voorwaarde dat wij u vooraf toestemming moeten geven of dat de zorgverlener die het geneesmiddel voorschrijft aan bepaalde eisen moet voldoen);
- e. als uw verzekering uitdrukkelijk ook de eigen bijdrage op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vergoedt, dan kan dat alleen als de geneesmiddelen zelf ook worden vergoed;
- f. de geneesmiddelen bij vruchtbaarheidbevorderende behandelingen worden voorgeschreven volgens de Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

2.12.6. Uitsluitingen

De volgende farmaceutische zorg vergoeden wij **niet**:

- a. alternatieve geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 2.13;
- b. voedingssupplementen;
- c. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
- d. middelen die op grond van Regeling Farmaceutische Zorg niet als geneesmiddel zijn te beschouwen;
- e. zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen), voor zover zij onder de Regeling Farmaceutische Zorg ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.

2.13. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.13.1. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen of producten

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen en producten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de geneesmiddelen en producten zijn volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen of als homeopathische en/of antroposofische producten;
- b. de geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de Z-Index;
- c. de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener;
- d. de behandeling van de voorschrijvende arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener is door u bij ons meeverzekerd;
- e. de geneesmiddelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts.

2.13.2. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet** als alternatief geneesmiddel:

- a. geneesmiddelen die wij geheel of gedeeltelijk als reguliere geneesmiddelen vergoeden;
- b. middelen die (nog) niet zijn geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening;
- c. zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen) voor zover zij onder de Regeling Farmaceutische Zorg van de Hoofdverzekering ook niet voor vergoeding in aanmerking komen;
- d. de eigen bijdrage volgens de Regeling Farmaceutisch Zorg van de Hoofdverzekering, tenzij uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht staat vermeld dat wij deze wel vergoeden en deze dus is meeverzekerd.

2.14. Hulpmiddelen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.14.1. Medische hulpmiddelen algemeen

Wij vergoeden de kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen zoals die in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen zijn vastgesteld, inclusief de maximum vergoedingen die daarin zijn genoemd. Deze ministeriële Regeling Hulpmiddelen is door ons uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen. Daarin staan de Algemene Voorwaarden voor de vergoeding van hulpmiddelen en ook de specifieke voorwaarden voor de vergoeding per hulpmiddel of hulpmiddelengroep.

Zowel de ministeriële Regeling Hulpmiddelen als het door ons vastgestelde Reglement Hulpmiddelen maken deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt het Reglement Hulpmiddelen opvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het betreffende hulpmiddel is voorgeschreven. Soms moet het voorschrift van een arts afkomstig zijn, soms van een specialist. Bij twijfel kunt u daarvoor contact opnemen met onze afdeling Klantenservice;
- b. het hulpmiddel maakt deel uit van de ministeriële Regeling Hulpmiddelen;
- c. wij hebben u vooraf toestemming gegeven, als dat volgens ons Reglement Hulpmiddelen is vereist. Wij kunnen aan deze toestemming nadere voorwaarden verbinden;
- d. de hulpmiddelen zijn volgens ons noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd.

2.14.2. Kosten van normaal gebruik van de hulpmiddelen

Kosten van normaal gebruik van de hulpmiddelen (zoals energieverbruik / batterijen) zijn voor uw rekening, tenzij de ministeriële Regeling Hulpmiddelen en/of ons Reglement Hulpmiddelen anders bepalen.

2.15. Aanvulling hulpmiddelen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.15.1. Aanvulling hulpmiddelen

Wij vergoeden als aanvulling op de vergoeding uit artikel 2.14. (Hulpmiddelen) de kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen zoals die in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen zijn vastgesteld, inclusief de maximum vergoedingen die daarin zijn genoemd. Deze ministeriële Regeling Hulpmiddelen is door ons uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen. Daarin staan de Algemene Voorwaarden voor de vergoeding van hulpmiddelen en ook de specifieke voorwaarden voor de vergoeding per hulpmiddel of hulpmiddelengroep.

Zowel de ministeriële Regeling Hulpmiddelen als het door ons vastgestelde Reglement Hulpmiddelen maken deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt het Reglement Hulpmiddelen opvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Wij geven als aanvulling op de vergoeding uit artikel 2.14. (Hulpmiddelen) een vergoeding voor:

- a. anticonceptie hulpmiddelen (pessarium en koperhoudend spiraaltje) voor verzekerden vanaf 21 jaar;
- b. orthopedische schoenen voor verzekerden tot 16 jaar;
- c. orthopedische schoenen voor verzekerden vanaf 16 jaar;
- d. een pruik;
- e. een hoortoestel;
- f. een ringleiding.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de kosten betreffen hulpmiddelen die vallen onder de ministeriële Regeling Hulpmiddelen.
- b. de geneesmiddelen voldoen aan de voorwaarden zoals die in artikel 2.14.1. zijn genoemd;
- c. de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelen zijn van toepassing, behalve als daarvan hieronder of in het Vergoedingen Overzicht wordt afgeweken.

2.15.2. Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en van het plaatsen daarvan.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts.

2.16. Gezichtshulpmiddelen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.16.1. Brillen(glazen) en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van aanschaf van:

- a. contactlenzen;
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur, gelijktijdig aangeschaft met brillenglazen.

Wij vergoeden deze kosten tot ten hoogste een bepaald bedrag binnen een bepaalde periode. Dit bedrag en de lengte van deze periode zijn in het Vergoedingen Overzicht genoemd. Die periode begint:

- a. op het moment waarop u van uw opticien uw bril of contactlenzen ontvangt en de nota daarvoor betaalt; en
- b. als bovendien in een tijdvak dat even lang is als de genoemde periode en dat voorafgaat aan die periode door ons geen vergoeding is gegeven voor brillenglazen en/of contactlenzen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- b. u schaft de gezichtshulpmiddelen aan bij de opticien;
- c. de maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting:

1. *Stel: u heeft vanaf 1 januari 2002 een verzekering waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed voor maximaal € 95,- binnen een periode van 24 maanden. U koopt op 15 april 2002 een bril, waarvan de glazen € 175,- kosten. Wij vergoeden u € 95,- en € 80 blijft voor uw rekening. Tot 15 april 2004 krijgt u geen vergoeding meer voor brillenglazen en contactlenzen.*
2. *Stel: u heeft al vanaf 1 januari 1998 een verzekering waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed voor maximaal € 95,- binnen een periode van 24 maanden. U heeft nog nooit een rekening voor brillenglazen en contactlenzen bij ons ingediend tot 1 juli 2002. Op die datum koopt u contactlenzen voor € 310,-. U krijgt hiervoor € 95,- vergoed. Sinds 1 januari 1998 zijn er al meer dan 48 maanden verstreken zonder dat u een rekening bij ons heeft ingediend. Maar het is dan niet zo dat u dan tweemaal de maximumvergoeding van € 95,- krijgt. Deze vergoeding is geen spaarsysteem.*
3. *Stel: u heeft al vanaf 1 januari 2000 een verzekering waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed voor maximaal € 95,- binnen een periode van 24 maanden. U bestelt een bril, waarvan de brillenglazen € 200 kosten. Deze haalt u op 7 juni 2001 op en betaalt deze. U dient de nota bij ons in. Wij betalen u daarvan € 95; € 105 blijft voor uw rekening. Ruim anderhalf jaar later laat u zich nieuwe glazen aanmeten. Deze kosten € 225 en haalt u op 6 april 2003 op. Omdat u in de 24 maanden die aan 6 april 2003 vooraf gingen van ons al een nota voor brillenglazen vergoed heeft gekregen (namelijk de nota van de aflevering op 7 juni 2001), komt deze nota van € 225 niet voor vergoeding in aanmerking.*

2.16.2. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet de kosten van:

- a. brilmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschaft;
- b. niet-optische middelen als lenzenvloeistof, brillenkokers of brillenkoordjes;
- c. service-contracten en verzekeringen met betrekking tot gezichtshulpmiddelen;
- d. optische middelen niet op sterkte, zoals zonnebrillen of contactlenzen op kleur;
- e. het slijpen en/of overzetten van brillenglazen.

2.17. Plaswemaker

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.17.1. Kopen van een plaswemaker

Wij vergoeden de kosten van de plaswemaker en de bijbehorende bandage.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. u koopt de plaswekker bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt.

2.17.2. Huren van een plaswekker

Wij vergoeden de kosten van huur van de plaswekker en de bijbehorende bandage.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. u huurt de plaswekker bij een zorgverlener met wie wij daarover afspraken hebben gemaakt.

2.18. ADL-Hulpmiddelen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

ADL-hulpmiddelen (Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen)

Wij vergoeden de kosten van de koop van ADL-hulpmiddelen. Neemt u contact op met ons als u wilt weten welke ADL-hulpmiddelen dat zijn en waar u die kunt krijgen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- b. er moet sprake zijn van een ernstige gewrichtsaandoening of neurologische stoornis van langdurige aard.

2.19. Thuisbewakingsmonitor

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Thuisbewakingsmonitor in bruikleen

Wij geven een thuisbewakingsmonitor in bruikleen voor:

- a. een periode die in het Vergoedingen Overzicht is genoemd;
- b. een verlenging van deze periode. De duur van de verlengde periode staat in het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden voor deze bruikleen zijn:

- a. de thuisbewakingsmonitor en de eventuele verlenging van de bruikleenperiode is voorgeschreven door een kinderarts;
 - b. wij hebben u (voor beide periodes) vooraf toestemming gegeven.
- Aan de bruikleen zijn voor u verder geen kosten verbonden.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.20. Audiologisch centrum

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Audiologische hulp

Wij vergoeden de kosten van audiologische hulp door een audiologisch centrum.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de audiologische hulp is voorgeschreven door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts;
- b. het audiologische centrum is erkend door een bevoegde overheidsinstantie.

2.21. Erfelijkheidsonderzoek

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Wij vergoeden de kosten van:

- a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek;
- b. erfelijkheidsadvisering;
- c. psycho-sociale begeleiding die met deze hulp verband houdt;
- d. onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde als dit noodzakelijk is voor het advies aan de verzekerde. Zij kunnen tevens geadviseerd worden.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de hulp wordt geboden in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek;
- b. de hulp is voorgeschreven door een huisarts of specialist.

2.22. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.22.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar / Mensendieck bij niet-chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van:

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- a. fysiotherapie door een fysiotherapeut;
- b. manuele therapie door een manueel therapeut;
- c. oedeemtherapie door een oedeemtherapeut;
- d. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut aan kinderen tot 18 jaar;
- e. oefentherapie Cesar of Mensendieck door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de therapie is voorgeschreven door een huisarts of specialist.

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de kosten van een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren.

2.22.2. Verlenging kinderfysiotherapie en/of oefentherapie Cesar / Mensendieck bij niet-chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van een verlenging van de behandeling van:

- a. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut;
- b. oefentherapie Cesar of Mensendieck door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de verlenging is voorgeschreven door een huisarts of specialist;

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de kosten van behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren.

2.22.3. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar / Mensendieck bij een chronische aandoening

Wij vergoeden de kosten van het noodzakelijk aantal behandelingen:

- a. fysiotherapie door een fysiotherapeut bij een chronische aandoening;
- b. manuele therapie door een manueel therapeut bij een chronische aandoening;
- c. oedeemtherapie door een oedeemtherapeut bij een chronische aandoening;
- d. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut aan kinderen tot 18 jaar bij een chronische aandoening;
- e. oefentherapie Cesar of Mensendieck door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck bij een chronische aandoening.

Wij vergoeden de kosten van een verlengd aantal behandelingen bij een beperkt aantal chronische aandoeningen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de therapie is voorgeschreven door een huisarts of specialist;
- b. de kinderfysiotherapie is voorgeschreven door een specialist;
- c. de chronische aandoening komt voor op de lijst met chronische aandoeningen waarvoor langdurige en intermitterende fysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie en/of oefentherapie Cesar / Mensendieck nodig is. Die lijst is door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (V.W.S.) vastgesteld. Deze is een onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst opvragen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe;

- d. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de kosten van een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren.

2.22.4. (Extra) fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie

Wij vergoeden de kosten van (extra):

- a. fysiotherapie door een fysiotherapeut;
- b. manuele therapie door een manueel therapeut;
- c. oedeemtherapie door een oedeemtherapeut;
- d. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut aan kinderen tot 18 jaar;
- e. oefentherapie Cesar of Mensendieck door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de (extra) therapie is aanvankelijk voorgeschreven door de huisarts of specialist.

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de kosten van een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren.

2.22.5. Tarief

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie en oefentherapie Cesar of Mensendieck tot maximaal het tarief dat wettelijk is vastgesteld of goedgekeurd door het daartoe bevoegde orgaan. Als er geen wettelijk maximum tarief meer van kracht is voor de genoemde behandelingen, dan gaan wij uit van het tarief dat is vastgesteld volgens artikel 2.1.4. onder a..

2.23. Logopedie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Spraaklessen

Wij vergoeden de kosten van de volgende logopedische behandelingen:

- a. spraaklessen door een logopedist ter correctie van spraak- en stemgebreken;
- b. vervolgbehandelingen.

De logopedie kan individueel of in groepsverband worden gegeven.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de spraaklessen en eventuele vervolgbehandelingen zijn voorgeschreven door een arts.

Uitsluitingen:

Wij vergoeden **niet** een behandeling van:

- a. dyslexie;
- b. taalontwikkelingsstoornissen van niet-medische aard (zoals bij dialect of wanneer iemand geen Nederlands kan spreken).

2.24. Stottertherapie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.24.1. Stottertherapie in individueel- of groepsverband

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie in individueel- of in groepsverband volgens de methode:

- a. Del Ferro;
- b. B.O.M.A.;
- c. Hausdörfer.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de stottertherapie is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

2.24.2. Pensionkosten bij een stottertherapie die intern wordt gegeven

Indien en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven vergoeden wij de noodzakelijke kosten die rechtstreeks in verband staan met het verblijf in het pension.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de stottertherapie is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. de kosten van de stottertherapie zelf komen voor een vergoeding in aanmerking.

2.24.3. Uitsluitingen

De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij **niet**.

2.25. Ziekenvervoer

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.25.1. Ziekenvervoer per ambulance (“liggend ziekenvervoer”)

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met behandelingen waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.

2.25.2. Ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto bij opname in of ontslag uit het ziekenhuis (“zittend ziekenvervoer”)

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het ziekenvervoer heeft geen betrekking op dagverpleging;
- b. het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met behandelingen waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen;
- c. de vergoeding is afhankelijk van de vergoeding per kilometer (zie het Vergoedingen Overzicht) en het aantal kilometers. Wij berekenen het aantal kilometers via een bepaalde methode. Daarbij maken wij gebruik van een speciaal hiervoor ontworpen computerprogramma;
- d. voor de vergoeding van de taxikosten gaan wij uit van het tarief dat is vastgesteld volgens artikel 2.1.4. onder a..

2.25.3. Ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto zonder opname in of ontslag uit het ziekenhuis (“zittend ziekenvervoer”)

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto als deze verband houden met:

- a. nierdialyse;
- b. chemotherapie of radiotherapie bij kanker in een daartoe erkend instituut of afdeling van een ziekenhuis;
- c. revalidatiedagbehandeling in een erkende instelling voor revalidatiezorg;
- d. een bezoek aan de orthopedisch instrumentenmaker;
- e. een bezoek aan een audiologisch centrum;
- f. psychiatrische zorg niet in een ziekenhuis;
- g. medisch specialistische zorg zonder opname in een ziekenhuis (Dit kan dus medisch specialistische zorg zijn die plaatsvindt in de polikliniek van een ziekenhuis maar ook medisch specialistische zorg die plaatsvindt buiten het ziekenhuis zoals in een zelfstandig behandel centrum (ZBC));
- h. opname of behandeling in een inrichting voor rekening van de A.W.B.Z.;
- i. medisch niet-specialistische zorg in een (afdeling van) een ziekenhuis;
- j. zorg zonder opname in een ziekenhuis als uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.;
- k. zorg zonder opname in een ziekenhuis als u voor verplaatsing permanent en uitsluitend afhankelijk bent van een rolstoel;
- L. een langdurige ziekte of aandoening, waarvoor u op advies van de behandelend arts langdurig en meerdere keren per week bent aangewezen op ziekenvervoer over tenminste een bepaalde afstand tussen de plaats waar u woont en de plaats

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

van behandeling. Als u de precieze gegevens wilt weten, neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met behandelingen, waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen;
- b. de vergoeding is afhankelijk van de vergoeding per kilometer (zie het Vergoedingen Overzicht) en het aantal kilometers. Wij berekenen het aantal kilometers via een bepaalde methode. Daarbij maken wij gebruik van een speciaal hiervoor ontworpen computerprogramma;
- c. voor de vergoeding van de taxikosten gaan wij uit van het tarief dat is vastgesteld volgens artikel 2.1.4. onder a..

2.25.4. Ziekenvervoer per helikopter

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer naar een in Nederland gelegen ziekenhuis per binnenlandse helikoptervlucht.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- b. het gebruik van een ambulance is om technische redenen niet mogelijk;
- c. het ziekenvervoer is het gevolg van of houdt verband met behandelingen, waarvan de kosten volgens uw verzekering(en) geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.

Toelichting 1: Onder een binnenlandse helikoptervlucht verstaan wij ook de situatie, dat u bij een ongeval op een boot of booreiland op de Noordzee per helikopter naar een Nederlands ziekenhuis wordt gebracht.

Toelichting 2: Een technische reden voor ziekenvervoer per helikopter kan de tijdsdruk zijn. De zorg is dan altijd spoedeisend. Een andere reden is bijvoorbeeld de plaats waar u zich bevindt (b.v. Texel), en de plaats van het ziekenhuis waar u naartoe moet worden gebracht (b.v. Den Helder). Dit vervoer kan in sommige gevallen niet over land plaatsvinden. Een boot is dan ook mogelijk, als tenminste de zorg niet spoedeisend is.

2.25.5. Uitsluitingen

Er is géén sprake van ziekenvervoer – en dus ook géén sprake van vergoeding van kosten - :

- a. als en voor zover openbaar vervoer mogelijk is volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen;
- b. als u voor behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de plaats waarop u bent aangewezen, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
- c. als er bij een tijdelijk verblijf in het buitenland een helikoptervlucht plaatsvindt.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.26. Orthodontie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.26.1. Orthodontische behandelingen (gebitsregulatie)

Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandelingen (gebitsregulatie).

Als op het Vergoedingen Overzicht staat dat het gaat om een vergoeding tot een maximaal bedrag, dan geldt deze maximale vergoeding over de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent, ook als u de verzekering tussentijds wijzigt of als wij de verzekering stilzwijgend verlengen.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de kosten worden door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter "D", of
- b. de kosten worden door een orthodontist gedeclareerd.

2.26.2. Behandeling naar aanleiding van een lip-, kaak- of verhemeltespleet

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een orthodontische afwijking als direct gevolg van een lipspleet (cheiloschisis), een kaakspleet (gnathoschisis) of verhemeltespleet (palatoschisis).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- b. de behandeling wordt verricht en gedeclareerd door een orthodontist;
- c. de rekening is gespecificeerd met vermelding van de afwijking.

2.27. Tandheelkundige hulp algemeen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.27.1. Kronen, bruggen en inlays

Wij vergoeden de kosten van restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays) en andere daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, inclusief bijbehorende techniekkosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de kosten zijn door de tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'R' (dit zijn kronen, bruggen en inlays);

2.27.2. Gebitsprothesen

Wij vergoeden de kosten van uitneembare gebitsprothesen en andere daarmee

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts of tandprotheticus, inclusief bijbehorende tandtechniekkosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de kosten zijn door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P' of 'I'; of
- b. de kosten zijn door een tandprotheticus gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P'.

2.27.3. Overige tandheelkundige verrichtingen

Wij vergoeden de kosten van overige tandheelkundige verrichtingen door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de kosten zijn door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist gedeclareerd;
- b. als de verrichtingen zijn uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist (dit is een mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid praktijk uitoefent), dan vergoeden wij de kosten alleen als:
 - 1) wij met deze mondhygiënist een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
 - 2) de mondhygiënist verrichtingen toepast, die binnen de overeenkomst zijn toegestaan; en
 - 3) de kosten die de mondhygiënist declareert niet hoger zijn dan de overeengekomen tarieven.

2.27.4. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet** op grond van dit artikel:

- a. kosten met betrekking tot orthodontische behandelingen (zie hiervoor artikel 2.26);
- b. kosten van behandelingen of leveringen door tandtechnici (niet tandprotheticici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen;
- c. kosten die gedeclareerd zijn door een vrijgevestigde mondhygiënist waarvoor geen tarieven zijn afgesproken of waarvan de bedragen hoger zijn dan de tarieven die met ons zijn afgesproken;
- d. kosten die gedeclareerd zijn door een vrijgevestigde mondhygiënist die in het kader van diens beroepsuitoefening geen overeenkomst met ons heeft gesloten ten behoeve van onze verzekerden;
- e. kosten die gemaakt worden voor het bleken van tanden.

2.28. Tandheelkundige hulp voor kinderen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.28.1. Tandheelkundige behandelingen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. tandheelkundige behandelingen door een tandarts;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. tandheelkundige behandelingen door een erkende dienst voor jeugdtandverzorging.

Uitsluiting:

De volgende kosten vergoeden wij **niet** op grond van dit artikel:

- a. kosten voor orthodontische behandelingen bij kinderen (zie hiervoor artikel 2.26);
b. kosten die gemaakt worden voor het bleken van tanden.

2.28.2. Tandheelkundige behandelingen bij kinderen met een lichamelijk of verstandelijk gebrek

Wij vergoeden de kosten van behandeling, als hiervoor in verband met een lichamelijk of verstandelijk gebrek een langere tijdsduur nodig is dan normaal het geval is.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
b. de verzekerde heeft geen aanspraak op een vergoeding van tandheelkundige behandeling uit de A.W.B.Z..

2.29. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Tandheelkundige behandeling bij een zeer ernstige functiestoornis van het kauwstelsel

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling in bijzondere gevallen. Namelijk als sprake is van een zeer ernstige functiestoornis van het kauwstelsel door een lichamelijke aandoening of een aangeboren of opgelopen tandheelkundige afwijking. Het recht op vergoeding bij deze zeer ernstige afwijkingen staat in de door ons vastgestelde Regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze Regeling opvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

Uitsluiting:

- a. Kosten voor orthodontische behandelingen vergoeden wij **niet** op grond van dit artikel (zie hiervoor artikel 2.26).

2.30. Tandheelkundige implantaten en aangebrachte mesostructuur

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.30.1. Tandheelkundige implantaten

Wij vergoeden de kosten die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak. Deze kosten bestaan uit:

- a. het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende kosten (klinisch of poliklinisch); of
- b. het honorarium van de tandarts en de bijkomende kosten van materialen en tandtechniek.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken, geheel tandenloze kaak; en
- b. de implantaten dienen als steun voor een uitneembare (overkappings)prothese; en
- c. de implantaten worden ingebracht door een kaakchirurg of een tandarts; en
- d. wij hebben u vooraf toestemming gegeven voor de behandeling. Dat doen wij op basis van een gemotiveerd behandelingsplan en een kostenbegroting van de tandarts of kaakchirurg. Wij geven u geen toestemming als de noodzaak tot de implantaatbehandeling niet is aangetoond of als de implantaatbehandeling onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

2.30.2. Mesostructuur aangebracht op tandheelkundige implantaten

Wij vergoeden de kosten van de mesostructuur. Dit is het vastzittende deel van de voorziening dat op aangebrachte implantaten wordt bevestigd. De kosten bestaan uit het honorarium van de tandarts of van een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, de bijbehorende materiaalkosten en de bijbehorende techniekkosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de mesostructuur op de implantaten dient als houvast voor een uitneembare volledige (overkappings)prothese; en
- b. de mesostructuur wordt vervaardigd en geplaatst door een tandarts of door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde; en
- c. wij hebben u vooraf toestemming gegeven voor de behandeling. Dat doen wij op basis van een gemotiveerd behandelingsplan en een kostenbegroting van de tandarts of het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Wij geven u geen toestemming als de behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

2.30.3. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. andere kosten dan de kosten die genoemd zijn in 2.30.1. en 2.30.2., en die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak en daarop te vervaardigen voorzieningen;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. kosten van een behandeling die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is;
- c. kosten van een behandeling waarvoor wij vooraf geen toestemming hebben gegeven;
- d. kosten van het vervaardigen en leveren van een uitneembare gebitsprothese op (de mesostructuur op) de tandheeskundige implantaten vergoeden wij niet op grond van dit artikel. (Deze vergoeden wij op grond van artikel 2.27 "Tandheeskundige hulp algemeen" en/of artikel 2.32 "Gebitsprotheses").

2.31. Kroon- en brugwerk

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Kroon- en brugwerk

Wij vergoeden de kosten van:

- a. indirect vervaardigde kronen;
- b. bruggen;
- c. 3-vlaksinlays;
- d. wortelkappen met stift.

2.32. Gebitsprotheses (kunstgebit)

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.32.1. Volledige uitneembare prothetische voorziening voor de onder- en/of de bovenkaak (kunstgebit), al dan niet op implantaten

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en levering van een nieuwe, uitneembare volledige prothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten, inclusief de bijbehorende techniekkosten.

De kosten van vervaardiging en levering van een nieuwe, uitneembare volledige prothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, wel op implantaten, inclusief de bijbehorende techniekkosten, vergoeden wij ook.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn, als het een gebitsprothese niet op implantaten betreft:

- a. de gebitsprothese moet zijn vervaardigd en gedeclareerd door een tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of door een tandprotheticus;
- b. als de gebitsprothese is vervaardigd en gedeclareerd door een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moeten de door het C.T.G. goedgekeurde tarieven zijn gehanteerd;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- c. als de gebitsprothese is vervaardigd en gedeclareerd door een tandprotheticus, dan:
- 1) moeten wij met deze tandprotheticus een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
 - 2) mogen de kosten die de tandprotheticus declareert, niet hoger zijn dan de tarieven die in de overeenkomst zijn vastgelegd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn, als het een gebitsprothese wel op implantaten betreft:

- a. de gebitsprothese moet zijn vervaardigd en gedeclareerd door een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde volgens de door het C.T.G. goedgekeurde tarieven;

2.32.2. Weer passend maken of repareren van een volledige uitneembare prothetische voorziening voor de onder- en/of de bovenkaak (kunstgebit)

Wij vergoedende kosten van het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige prothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, wel of niet op implantaten, inclusief de bijbehorende tandtechniekkosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de kosten moeten zijn gedeclareerd door een tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of door een tandprotheticus;
- b. als de kosten zijn gedeclareerd door een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moeten de door het C.T.G. goedgekeurde tarieven zijn gehanteerd;
- c. als de kosten zijn gedeclareerd door een tandprotheticus, dan:
- 1) moeten wij met deze tandprotheticus een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
 - 2) mogen de kosten die de tandprotheticus declareert, niet hoger zijn dan de tarieven die in de overeenkomst zijn vastgelegd.

2.32.3. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten van behandelingen of zelfstandige leveringen door tandtechnici (niet tandprotheticici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen;
- b. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus die geen overeenkomst met ons heeft gesloten ten behoeve van onze verzekerden;
- c. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus met wie geen tarieven zijn afgesproken;
- d. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus en die hoger zijn dan de tarieven die met ons zijn afgesproken.

2.33. Verloskundige hulp, kraamzorg en kraamzorguitkering

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.33.1. Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis

Als u voor een bevalling uit medische noodzaak in het ziekenhuis moet worden opgenomen, vergoeden wij u de daaraan verbonden kosten volgens de artikelen over:

- a. opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis (artikel 2.2);
- b. ziekenhuisverpleging in de hogere klassen (artikel 2.3);
- c. medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis (artikel 2.10);
- d. ziekenvervoer (artikel 2.25);
- e. huisarts (artikel 2.38).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de voorwaarden die gesteld worden aan vergoeding volgens de genoemde artikelen.

2.33.2. Bevalling in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek zonder medische noodzaak of een bevalling thuis

Als u voor een bevalling zonder medische noodzaak in het ziekenhuis of een kraaminrichting moet worden opgenomen of als u thuis of poliklinisch bevalt, vergoeden wij de kosten van:

- a. het gebruik van de verloskamer, als u in het ziekenhuis of een kraaminrichting bevalt;
- b. de inschrijving, intake en partusassistentie, als u thuis bevalt;
- c. het honorarium voor verloskundige hulp dat door de huisarts of verloskundige in rekening wordt gebracht (inclusief voor- en nazorg);
- d. de direct op de bevalling aansluitende kraamzorg.

Voorwaarden voor de vergoeding van kraamzorg zijn:

- a. u vraagt de kraamzorg bij voorkeur vijf maanden (maar uiterlijk drie maanden) vòòr de verwachte bevallingsdatum aan. Bel hiervoor CZ Kraamzorgservice;
- b. de kraamzorg wordt verleend door een instelling waarmee wij een overeenkomst voor kraamzorg hebben afgesloten.

2.33.3. Keuze tussen kraamzorg of kraamzorguitkering bij een bevalling in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek zonder medische noodzaak of een bevalling thuis

Als u thuis bevalt of zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek, kunt u in plaats van kraamzorg zoals bedoeld in artikel 2.33.2.d. ook een kraamzorguitkering aanvragen. U moet een keuze maken tussen kraamzorg en een kraamzorguitkering en ons vooraf van die keuze op de hoogte stellen. U kunt dit doen via CZ Kraamzorgservice. Als wij de kraamzorg vergoeden, krijgt u **geen** kraamzorguitkering en andersom.

adoptie

Wij stellen adoptie gelijk aan bevalling zonder medische noodzaak als het gaat om het verstrekken van een kraamzorguitkering. Voor de vaststelling van de hoogte van de kraamzorguitkering bij adoptie wordt als eerste dag beschouwd de dag waarop u officieel door adoptie een kind hebt gekregen. De laatste dag valt samen met de dag waarop de kraamzorguitkering zou eindigen, als u uw kind niet door adoptie maar door bevalling zou hebben gekregen. De kraamzorguitkering is gelijk aan het aantal dagen in de tussenliggende periode (inclusief de eerste en laatste dag) vermenigvuldigd met het uitkeringsbedrag per dag dat u in het Vergoedingen Overzicht aantreft.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.33.4. Kraamzorg of kraamzorguitkering bij een bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis

Als u met medische noodzaak in het ziekenhuis bevallen bent, verzorgen wij direct aansluitend op uw ontslag uit het ziekenhuis, de kraamzorg voor het resterend aantal dagen. U weet op hoeveel uren kraamzorg u in totaal recht heeft volgens de afspraak die u van tevoren met CZ Kraamzorgservice heeft gemaakt. Wij trekken daar voor elke dag dat u in het ziekenhuis heeft gelegen, het aantal uren van af dat u anders kraamzorg zou hebben gehad. De overblijvende uren verzorgen wij de kraamzorg bij u thuis.

Heeft u vooraf niet voor kraamzorg maar voor een kraamzorguitkering gekozen, dan geven wij u een gedeeltelijke kraamzorguitkering. Wij trekken namelijk dat deel van de kraamzorguitkering af, dat overeenkomt met de tijd die u in het ziekenhuis heeft gelegen en die het ziekenhuis voor u in rekening brengt.

Toelichting 1: U bevalt met medische noodzaak in het ziekenhuis. Voor de bevalling heeft u met CZ Kraamzorgservice afgesproken dat u 8 dagen lang 5 uur per dag kraamzorg krijgt na de bevalling (= 40 uur kraamzorg). Na de bevalling blijft u nog drie verpleegdagen in het ziekenhuis. U heeft nu nog recht op 5 dagen lang 5 uur kraamzorg (= 25 uur kraamzorg).

Toelichting 2: U bevalt met medische noodzaak in het ziekenhuis. Voor de bevalling heeft u met CZ Kraamzorgservice afgesproken dat u geen kraamzorg wil, maar kiest voor een kraamzorguitkering. De uitkering bedraagt in uw polis bijvoorbeeld € 160,- per dag en dat over 8 dagen. Na de bevalling blijft u nog twee dagen in het ziekenhuis. U heeft hierna recht op een kraamzorguitkering over zes dagen (= 6 X € 160,- = € 960,-).

2.33.5. Hoogte van de kraamzorguitkering of aantal uren kraamzorg

Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering of het aantal uren kraamzorg:

- beschouwen wij de dag dat u in een ziekenhuis bevalt als verpleegdag. Bevalt u echter poliklinisch en wordt u daarvoor slechts één verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag. Uw kraamzorguitkering of aantal uren kraamzorg worden in dat geval niet verminderd;
- is het aantal geboren kinderen niet van belang;
- beschouwen wij de laatste dag die door het ziekenhuis voor u in rekening is gebracht niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur.

2.33.6. Couveuse nazorg

Wij vergoeden de kosten van couveuse nazorg.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- de couveuse nazorg wordt verleend door een kraamverzorgende van een kraamcentrum waarmee wij een contract hebben afgesloten of dat wij hebben aangewezen;
- de couveuse nazorg vindt plaats op verzoek of advies van de kinderarts of verloskundige;
- de moeder van het kind is bij ons verzekerd voor couveuse nazorg;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- d. het kind heeft tenminste **vijf** dagen in de couveuse gelegen.

Toelichting: bij couveuse nazorg geeft de kraamverzorgende na thuiskomst aan de moeder de noodzakelijke ondersteuning en advisering voor de verzorging van en omgang met het pasgeboren kind. Doel is dat de moeder leert zelfstandig haar kind te verzorgen. Couveuse nazorg omvat geen huishoudelijke verzorging.

2.33.7. Poliklinische bevalling in een 'open' verloskamer

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van de ('open') verloskamer van een ziekenhuis.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de bevalling wordt begeleid door een vrijgevestigde verloskundige of huisarts.

2.34. Vervallen

2.35. Aanvullende kraamzorg

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Extra kraamzorg

Wij spreken met u een aantal extra uren kraamzorg af. Wij vergoeden die extra uren kraamzorg naast het al afgesproken aantal uren kraamzorg (zie artikel 2.33.2) of naast de kraamzorguitkering (zie artikel 2.33.3 en 2.33.4).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u (de moeder) bent bij ons verzekerd;
b. u (de moeder) vertoont ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling.

2.36. Vervallen

2.37. Verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.37.1. Verpleegkundige zorg

Wij vergoeden in aanvulling op de A.W.B.Z. de kosten van medisch noodzakelijke verpleegkundige zorg door een verpleegkundige of ziekenverzorger bij u thuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de verpleegkundige zorg is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming nadere voorwaarden verbinden.
- c. medisch noodzakelijk verblijf in het ziekenhuis waarvan de kosten voor onze rekening zouden komen, wordt vervangen door de verpleegkundige zorg of wordt bekort door de verpleegkundige zorg die aansluit op dat verblijf in het ziekenhuis.

2.37.2. Persoonlijke verzorging

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke persoonlijke verzorging door een ziekenverzorger bij u thuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de verpleegkundige zorg is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden (bijvoorbeeld: u bent in afwachting van opname in een verpleeghuis of u bent niet in staat zonder verzorging thuis te verblijven).

2.38. Huisarts

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.38.1. Hulp door een huisarts en laboratoriumonderzoek op zijn verzoek.

Wij vergoeden:

- a. het honorarium van een huisarts, inclusief specifieke toeslagen, ook voor telefonische en elektronische consulten;
- b. kosten van geneeskundige hulp door een huisarts;
- c. kosten in rekening gebracht door de dienstenstructuur, waarbij de huisarts is aangesloten. Onder dienstenstructuur verstaan we een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om 's avonds, 's nachts en in het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en dat beschikt over een rechtsgeldig tarief;
- d. laboratoriumonderzoeken die door een huisarts of op diens verzoek door daartoe bevoegde derden worden uitgevoerd.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.38.2. Uitsluitingen

Wij vergoeden **niet**:

- a. visites van de huisarts terwijl u in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting, sanatorium of herstellingsoord bent opgenomen;
- b. keuringskosten;
- c. kosten van behandelingen of prestaties die niet medisch noodzakelijk zijn.

2.39. Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.39.1. Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (andere dan IVF en ICSI)

Wij vergoeden de kosten van:

- a. operatieve ingrepen;
- b. vruchtbaarheidbevorderende behandeling (de hormoonpreparaten zelf worden niet in dit artikel begrepen);
- c. kunstmatige inseminatie of IUI.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de behandeling vindt plaats in een ziekenhuis volgens de Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG);

Uitsluiting:

- a. wij vergoeden onder dit artikel **niet** de kosten van hormoonpreparaten (zie daarvoor artikel 2.12.5.).

2.39.2. IVF en ICSI

Wij vergoeden de kosten van een IVF-behandeling (In-Vitro-Fertilisatie behandeling) of een ICSI-behandeling (Intra-Cytoplasmatische Sperma-Injectie behandeling) in een ziekenhuis of andere instelling dat daarvoor een vergunning heeft.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u heeft een algemeen geaccepteerde medische indicatie voor een in-vitro-fertilisatie behandeling of een andere, kunstmatig zwangerschap opwekkende behandeling;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen, zoals behandeling volgens de Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG);
- c. de kosten vallen onder de verzekering van de verzekerde die de behandeling ondergaat.

Uitsluiting:

- a. wij vergoeden onder dit artikel **niet** de kosten van hormoonpreparaten (zie daarvoor artikel 2.12.5.).

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting: het is in de praktijk altijd de vrouw die een IVF-behandeling ondergaat. Als de kosten van een IVF-behandeling vergoed worden, vallen die onder haar verzekering.

2.40. Second opinion

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Second opinion

Als uw behandelend arts u een bepaalde behandeling voorstelt en u hierover een andere arts raadpleegt vergoeden wij de kosten van de consulten bij die andere arts.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de kosten van de behandelende arts vallen onder de dekking van uw verzekering.
- b. de raadpleging vindt plaats op voorschrift van een huisarts, specialist of bedrijfsarts.

Uitsluiting:

- a. wij vergoeden de kosten **niet** als het gaat om een behandeling van een tandarts of kaakchirurg.

2.41. Preventie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Preventieve onderzoeken, injecties en middelen

Ter voorkoming van een ziekte, vergoeden wij de kosten van:

- a. een cholesteroltest door een arts;
- b. onderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker door een arts;
- c. een injectie tegen rode hond (rubella);
- d. een injectie tegen griep (influenza);
- e. onderzoek naar prostaatkanker bij mannen boven de 45 jaar door een arts;
- f.
 - 1) tabletten tegen malaria en tyfus, en
 - 2) een injectie tegen de (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen. Bedoeld worden difterie, tetanus, polio, hepatitis-A, gele koorts en tyfus;
- g. onderzoek van hart en bloedvaten door een arts;
- h. een injectie tegen tetanus;
- i. een injectie tegen hondsdolheid (rabiës).

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Onder "injectie" verstaan wij het vaccin waarmee de inenting plaatsvindt. Wij bedoelen niet het vaccineren zelf of het daarvoor in rekening gebrachte consult.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de preventieve middelen, het preventieve onderzoek of de preventieve injectie zijn voorgeschreven door een arts;
- b. voor de tabletten en injecties van 2.41.f. is vereist, dat u op reis gaat naar het buitenland;
- c. de preventieve middelen, het preventieve onderzoek of de preventieve injectie zijn niet onnodig kostbaar of ondoelmatig.

2.42. Alternatieve behandelingen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.42.1. Alternatieve behandelingen

Wij vergoeden de kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. De behandelingen worden gegeven door uitsluitend:
 - 1) een arts voor alternatieve geneeswijzen;
 - 2) een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
 - 3) een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Toelichting: Er zijn veel verschillende vormen van alternatieve behandelingen. Zo kunt u behandeld worden door acupuncturisten, homeopaten, natuurgenezers, osteopaten, enzovoorts. Het gaat er ons niet om welke therapie zij praktiseren, als zij maar arts zijn. Of als zij maar lid zijn van een beroepsvereniging die naar ons oordeel de kwaliteit van haar leden op een goede wijze controleert en hen goed begeleidt. Als uw alternatieve therapeut voldoet aan die voorwaarden, vallen de kosten onder de dekking. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen erkend is. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice of kijk op onze website: www.cz.nl.

2.42.2. Uitsluitingen

Behandelingen die als dekking onder andere artikelen van deze voorwaarden vallen, beschouwen wij **niet** als alternatieve behandelingen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.42.3. Hoogte van de vergoeding

Wij vergoeden de kosten die u maakt voor alternatieve behandelingen. Daarbij hanteren wij:

- a. een maximum bedrag per jaar per verzekerde; èn
- b. een maximum bedrag per behandeldag. Het maximum bedrag per behandeldag geldt voor alle gedeclareerde behandelingen die u in totaal op één behandeldag ondergaat, ongeacht de naam, het aantal en de vorm ervan.

Beide maximum bedragen staan op het Vergoedingen Overzicht vermeld.

Toelichting 1: Stel: U heeft een particuliere verzekering, namelijk een Zorgpolis met een Basisverzekering en een Aanvullende Verzekering Basis op individuele grondslag. U heeft last van migraine en gaat hiervoor acht keer naar een acupuncturist. Deze rekent € 40,- per behandeling. U wilt weten wat u hiervan vergoed krijgt en kijkt op het Vergoedingen Overzicht.

U ziet bij de Aanvullende Verzekering Basis onder Alternatieve behandelingen staan dat wij u:

- maximaal € 230,- per jaar vergoeden; èn
- maximaal € 35,- per behandeldag vergoeden.

Ook staat er een verwijzing naar artikel 2.42 en 2.13 van de Algemene Voorwaarden. Wij betalen u dus € 35,- per behandeling. Uw eigen bijdrage is in dit geval € 5,- per behandeling. Als u zeven keer naar de acupuncturist bent geweest, heeft u uw maximum vergoeding van € 230,- voor alternatieve behandelingen bereikt. Wij vergoeden uw alternatieve behandelingen pas weer in het volgende jaar.

Toelichting 2: Stel: U bent ziekenfonds verzekerd met een Aanvullende Verzekering Plus op individuele grondslag. U heeft last van migraine en gaat hiervoor achttien keer naar een acupuncturist. Deze rekent € 40,- per behandeling. U wilt weten wat u hiervan vergoed krijgt en kijkt op het Vergoedingen Overzicht.

U ziet bij de Aanvullende Verzekering Plus onder Alternatieve behandelingen staan dat wij u 75% tot

- maximaal € 400,- per jaar vergoeden; èn
- maximaal € 25,- per behandeldag vergoeden.

Ook staat er een verwijzing naar artikel 2.42 en 2.13 van de Algemene Voorwaarden. Wij vergoeden van iedere behandeling 75%. Dat zou (75% x € 40,- =) € 30,- zijn. Echter € 25,- is de maximum vergoeding per behandeldag. Wij betalen u dus € 25,- per behandeldag. Uw eigen bijdrage is in dit geval € 15,- per behandeldag. Als u zestien keer naar de acupuncturist bent geweest heeft u uw maximum vergoeding van € 400,- voor alternatieve behandelingen bereikt (namelijk 16 x € 25,- = € 400,-). Wij vergoeden uw alternatieve behandelingen pas weer in het volgende jaar.

2.43. Acné - behandeling

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Behandeling van een ernstige vorm van acné

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een ernstige vorm van acné in het gelaat en/of in de hals door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de behandeling is voorgeschreven door een arts.

2.44. Lichttherapie (UV-B behandeling)

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Lichttherapie

Wij vergoeden de kosten van:

- a. poliklinische behandeling door een dermatoloog; **of**
- b. aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik.

U moet een keuze maken uit deze twee mogelijkheden en ons vooraf van uw keuze op de hoogte stellen. Als wij u een poliklinische behandeling vergoeden, vergoeden wij u **niet** de kosten van **aanschaf of huur** van de lichtapparatuur en andersom.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling of het gebruik van UV-B lichtapparatuur is voorgeschreven door een dermatoloog;
- b. de dermatoloog is verbonden aan een instelling voor psoriasisdagbehandeling;
- c. er is sprake van ernstige psoriasis, ernstig eczeem of ernstige (aangeboren) vitiligo;
- d. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen. Als u kiest voor de **aanschaf of huur** van UV-B lichtapparatuur kunnen wij een hoger bedrag vergoeden dan de maximum vergoeding uit het Vergoedingen Overzicht. Als aanvullende voorwaarde stellen wij dan wel dat wij de kosten van behandeling of aanschaf van nieuwe lichtapparatuur een aantal jaren niet meer vergoeden.

Uitsluitingen:

Eventuele reis- en verblijfkosten in verband met bovenstaande behandelingen vergoeden wij **niet**.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting: De aanschafprijs van UV-B apparatuur ligt vaak veel hoger dan de vergoeding die u per jaar maximaal van ons kunt krijgen. In dat geval kunnen wij van de maximum vergoeding afwijken. Stel: U heeft een Aanvullende Verzekering Plus. U wilt voor € 5.000 lichtapparatuur aanschaffen. Dat bedrag is vele malen hoger dan het maximum bedrag dat wij u volgens het Vergoedingen Overzicht vergoeden. In dat geval kunnen wij bijvoorbeeld met u afspreken dat wij het maximum bedrag uit het Vergoedingen Overzicht verdrievoudigen onder de voorwaarde dat u de komende drie jaar geen vergoeding voor deze behandeling meer krijgt.

2.45. Camouflagetherapie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Camouflagetherapie:

Wij vergoeden:

- a. de kosten van camouflagellessen door een huidtherapeut, schoonheidsspecialist of dermatoloog;
- b. de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen of erna.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de camouflagellessen zijn voorgeschreven door een arts (bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog);
- b. de camouflagellessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidandoeningen in het gelaat en/of de hals te camoufleren.

2.46. Ontharing

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Ontharing

Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie en lasertherapie om extreme haargroei in het gelaat te laten verwijderen door een dermatoloog, huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de elektrische epilatie of lasertherapie is voorgeschreven door een arts (bijvoorbeeld een dermatoloog of gynaecoloog)

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de kosten van:

- a. behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen;
- b. aanschaf van harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen.

2.47. Bezoekkosten

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Reiskosten voor ziekenbezoek

Wij vergoeden aan u de reiskosten van één gezinslid als die u gaat bezoeken als u in het ziekenhuis bent opgenomen. Het bezoekende gezinslid hoeft niet bij ons verzekerd te zijn. Hij mag reizen met het openbaar vervoer op basis van de laagste klasse of met eigen vervoer.

Als u alleenstaand bent en geen gezinsleden heeft, vergoeden wij aan u de reiskosten van iemand anders. Ook deze persoon hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.

De vergoeding van de reiskosten wordt berekend over de afstand tussen uw woonadres en de plaats van het ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u woont in Nederland en bent opgenomen in een revalidatie-inrichting of (psychiatrisch) ziekenhuis in Nederland of - als u buiten Nederland woont – in uw woonland; of
- b. u woont in Nederland en bent opgenomen in een revalidatie-inrichting of (psychiatrisch) ziekenhuis in België of Duitsland. In dit geval moeten wij u vooraf toestemming voor een behandeling daar hebben gegeven. Zie de toelichting en artikel 2.55.4.; en
- c. de afstand tussen uw wettelijke woonadres en het ziekenhuis over de meest gebruikelijke weg is minimaal het aantal kilometers enkele reis dat in het Vergoedingen Overzicht is vastgesteld;

Toelichting: Bij b: als u in België of Duitsland in een ziekenhuis behandeld wilt worden, moet u dat tevoren bij ons aanvragen. Wij geven u toestemming als wij bijvoorbeeld met dat ziekenhuis een afspraak over bijvoorbeeld de behandelprijs hebben gemaakt.

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de reiskosten die gemaakt worden voor een bezoek als u in een ziekenhuis (zoals het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.)) in een ander land (dus buiten Nederland, België, Duitsland of uw woonland) bent opgenomen.

2.48. Logeerkosten

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Verblijf 's nachts in een logeerhuis

Wij vergoeden de kosten van een verblijf 's nachts in een logeerhuis voor maximaal het in het Vergoedingen Overzicht vastgestelde aantal nachten. De logés hoeven niet bij ons verzekerd te zijn.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het logeerhuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met een ziekenhuis in Nederland of een gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland;
- b. er is sprake van een verblijf op advies van de behandelend specialist.

Toelichting: bij verblijf in een logeerhuis is er sprake van een zeer ingrijpende behandeling zoals een oncologische behandeling of een orgaantransplantatie. De patiënt is vaak een kind; de patiënt heeft behoefte om bepaalde personen in zijn/haar directe omgeving te hebben.

Uitsluitingen:

- a. wij vergoeden **niet** de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

2.49. Podotherapie en podologie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.49.1. Podotherapie en podologie algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut;
- b. podologische behandelingen door een podoloog;
- c. podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
- b. de behandeling wordt uitgevoerd door een:
 - 1) podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.) en die een praktijk houdt als podotherapeut; of
 - 2) podoloog die lid is van een door ons erkende vereniging van podologen

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- c. en die een praktijk houdt als podoloog;
de podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen zijn voorgeschreven tijdens een behandeling door een podotherapeut of podoloog die u van ons vergoed krijgt.

Uitsluitingen:

- a. de vergoeding van steunzolen valt niet onder dit artikel, maar onder artikel **2.57** (Steunzolen).

2.49.2. Podotherapie en podologie in bijzondere gevallen

Voor diabetici, reumatici of mensen met bloedvatproblemen vergoeden wij de kosten van:

- a. podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut;
- b. podologische behandelingen door een podoloog;
- c. behandeling door een pedicure met een aantekening "diabetes", uitsluitend van diabetes patiënten;
- d. podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling of het consult is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. u lijdt aan:
 - 1) diabetes mellitus;
 - 2) reumatoïde artritis;
 - 3) ernstige bloedvatproblemen in de benen.
- d. de behandeling vindt plaats door een:
 - 1) podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.) en die een praktijk houdt als podotherapeut; of
 - 2) podoloog die lid is van een door ons erkende vereniging van podologen en die een praktijk houdt als podoloog; of
 - 3) pedicure die een geldig certificaat of diploma heeft van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetes patiënten. De opleiding moet door ons erkend zijn. De pedicure houdt een praktijk als pedicure voor onder andere deze diabetes patiënten. De te behandelen verzekerde lijdt aan diabetes mellitus;
- e. de podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen zijn voorgeschreven tijdens een behandeling die u van ons vergoed krijgt.

Uitsluitingen:

- a. de vergoeding van steunzolen valt niet onder dit artikel, maar onder artikel **2.57** (Steunzolen).

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

2.50. Herstellingsoord

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Opname in een herstellingsoord

Wanneer u als somatische patiënt in een herstellingsoord bent opgenomen, vergoeden wij u een bedrag per dag.

2.51. Therapeutisch kamp

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Deelname aan een therapeutisch kamp

Wij vergoeden de kosten van deelname aan een therapeutisch kamp door verzekerden jonger dan 18 jaar.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de verzekerde lijdt aan C.A.R.A. of diabetes mellitus;
- b. het kamp wordt georganiseerd door een door ons erkende representatieve vereniging of instelling ter behartiging van de belangen van deze patiënten

Toelichting: Het Nederlands Astma Fonds en de Nederlandse Diabetes Federatie zijn voorbeelden van instellingen die door ons erkend zijn.

2.52. Cursussen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Cursussen

Wij vergoeden de kosten van cursussen die gericht zijn op het verbeteren van uw gezondheid of die u leren omgaan met uw ziekte.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u overhandigt ons een bewijs van deelname;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. de cursus wordt gegeven door:
- 1) een thuiszorgorganisatie;
 - 2) een G.G.D./D.G.D.;
 - 3) een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (R.I.A.G.G.);
 - 4) een patiëntenvereniging die is aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten- en Consumenten Platform;
 - 5) (een polikliniek van) een ziekenhuis.

2.53. Kortdurende psychologische zorg

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.53.1. Kortdurende psychologische zorg:

Wij vergoeden de kosten van kortdurende psychologische behandeling:

- a. door een gezondheidszorg-psycholoog (GZ-psycholoog);
- b. die plaatsvindt in een inloophuis voor kankerpatiënten;
- c. door een psychologenbureau of instelling voor kortdurende psychologische zorg.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
- b. de gezondheidszorg-psycholoog (GZ-psycholoog) is als GZ-psycholoog geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G.;
- c. het inloophuis voor kankerpatiënten is door ons erkend, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
- d. het psychologenbureau of de instelling voor kortdurende psychologische zorg is door ons erkend, omdat het / deze naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
- e. de psychologische zorg is kortdurend van aard.

Toelichting 1: Wij beoordelen of de psychologische zorg die wordt geleverd door bijvoorbeeld inloophuizen voor kankerpatiënten en psychologenbureaus van voldoende kwaliteit is. Wij registreren dat. De lijst met deze instellingen kan dus variëren, ook door het jaar heen. Neemt u daarom vooraf contact op met onze afdeling Klantenservice.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting 2: Om vast te kunnen stellen of een psychologische behandeling wordt vergoed, kijken we naar de kwalificaties van de zorgverlener en niet naar de soort behandeling. De kosten van bijvoorbeeld diagnostiek en een psychologisch onderzoek van een kind door een orthopedagoog kunnen door ons vergoed worden. Deze orthopedagoog moet dan wel als GZ-psycholoog in het BIG-register vermeld staan. Bedenk u zich wel, dat de maximale vergoeding uit uw verzekering onvoldoende kan zijn om zowel een onderzoek als een behandeling te bekostigen.

Bij elke psychologische behandeling kijken wij bovendien of deze onder de geestelijke gezondheidszorg valt zoals die in het verstrekkingenpakket van de A.W.B.Z. is opgenomen. Is dat het geval, dan vergoeden wij de behandeling niet.

2.53.2. Inloophuis voor kankerpatiënten en gezinsleden:

Kosten van behandeling / begeleiding van de partner en gezinsleden van de in een inloophuis behandelde verzekerde komen ook voor vergoeding in aanmerking. Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor kosten van psychologische zorg, dan komt deze vergoeding uit hun eigen verzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor kosten van psychologische zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de verzekering van de patiënt zelf.

2.53.3. Uitsluitingen:

De volgende kosten worden door ons **niet** vergoed:

- a. reiskosten;
- b. kosten van zorg verleend door een psychotherapeut, ook al is deze opgenomen in het register voor gezondheidszorg-psychologen (GZ-psychologen) volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G..
- c. kosten voor behandeling door een zorgverlener die in opleiding is voor gezondheidszorg-psycholoog (GZ-psycholoog).
- d. psychologische zorg die valt onder de geestelijke gezondheidszorg zoals die in het verstrekkingenpakket van de wettelijke verzekering of de A.W.B.Z. is opgenomen.

2.54. Organisatie van hulpverlening in het buitenland

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Spoedeisende hulp via CZ Helpline

Bij een tijdelijk verblijf in het buitenland vergoeden wij de kosten van **organisatie** van spoedeisende hulpverlening via CZ Helpline die betrekking heeft op:

- a. het vervoer van de overleden verzekerde van de plaats van overlijden naar een ziekenhuis of naar zijn wettelijke- of woonadres in Nederland;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. het vervoer, inclusief de noodzakelijke medische begeleiding, van een zieke of gewonde verzekerde van de plaats van ziekte of ongeval naar een ziekenhuis of naar zijn wettelijke woonadres in Nederland;
- c. toezending van geneesmiddelen en hulpmiddelen naar de plaats van ziekte, ongeval of behandeling.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. er is sprake van ernstige ziekte, ernstig letsel door een ongeval of overlijden van een verzekerde;
- b. de hulpverlening is voorgeschreven door een arts;
- c. de toezending van geneesmiddelen en hulpmiddelen is spoedeisend en medisch noodzakelijk en er is ter plaatse geen bruikbaar alternatief ter beschikking.

Uitsluitingen:

- a. als de toezending van geneesmiddelen of hulpmiddelen geannuleerd wordt, vergoeden wij de kosten **niet**;
- b. kosten van vervoer, douaneheffingen, retourvracht en aankoop van o.a. geneesmiddelen en hulpmiddelen vergoeden wij **niet**.

2.55. Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

2.55.1.1. U verblijft tijdelijk in het buitenland en krijgt spoedeisende zorg, die in Nederland ook onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, voorzover deze volgens de voorwaarden van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering niet zijn gedekt.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn voorts:

- a. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend;
- b. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
- c. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van de verzekering(en), die u heeft gesloten. U heeft recht op vergoeding van kosten die u in het buitenland maakt, als uw verzekering die kosten ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland zou hebben gemaakt. Zo zijn dus de voorwaarden, uitsluitingen etc. die gelden voor vergoeding van in Nederland gemaakte kosten, eveneens van toepassing als dat soort kosten in het buitenland gemaakt zou worden;
- d. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft.

2.55.1.2. Geldigheid van voorwaarde

In artikel 2.55.1.1. is de voorwaarde gesteld, dat u een afzonderlijke (reis)verzekering heeft gesloten en dat u kosten pas vergoed krijgt als deze uitgaan boven de dekking van die (reis)verzekering. Deze voorwaarde is alléén van kracht tegenover de (reis)verzekeraar die -

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

direct of indirect - tegenover ons een beroep doet op eenzelfde of soortgelijke voorwaarde uit haar eigen (reis)verzekering. Dit kan het geval zijn als deze (reis)verzekeraar de aan u vergoede kosten op ons wil verhalen, of als deze wil voorkomen, dat wij de aan u vergoede kosten op haar willen verhalen.

Als u bij ons kosten declareert die onder de dekking van artikel 2.55.1.1. vallen, doen wij tegenover u géén beroep op deze voorwaarde. Na betaling door ons moet u dan wel meewerken aan de overdracht van de rechten die u op deze (reis)verzekeraar had.

2.55.2.1. U verblijft tijdelijk in het buitenland en krijgt spoedeisende zorg, die in Nederland niet onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland, voorzover deze volgens de voorwaarden van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering niet zijn gedekt. Het betreft kosten die voortvloeien uit:

- a. een tandheelkundige behandeling door een tandarts;
- b. het terug naar huis brengen van de zieke verzekerde (repatriëring) in een ambulance, taxi of huurauto met tussenkomst van CZ Helpline. Na overleg met ons kunt u ook van een ander vervoermiddel gebruik maken als wij u daarvoor toestemming geven. Repatriëring beschouwen wij als een bepaalde vorm van ziekenvervoer. In artikel 1 staan onder de begripsomschrijvingen "repatriëring" en "ziekenvervoer" de eisen genoemd die wij aan dit vervoer stellen.
- c. de aankoop en toezending van dringend voorgeschreven geneesmiddelen met tussenkomst van CZ Helpline die u ter plaatse niet kunt krijgen;
- d. het overmaken van geld zodat u een medische behandeling die onder de dekking van uw verzekering valt, kunt betalen;
- e. gebruik van telecommunicatiemiddelen (zoals fax, telefoon, e-mail en internet);
- f. alléén voor ziekenfonds verzekerden: de verleende zorg die volgens de Ziekenfondswet een ziekenfondsverstrekking is, maar die volgens de wet van het land waar u verblijft voor een kleinere vergoeding in aanmerking komt als u daar die zorg krijgt in plaats van in Nederland;
- g. begeleiding door een gezinslid van een zieke verzekerde die op grond van de bepaling onder b. terug naar huis gebracht (gerepatriëerd) wordt;
- h. alléén voor verzekerden met een W.T.Z.-verzekering: de verleende zorg die volgens de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (W.T.Z.) onder de dekking van de W.T.Z.-verzekering valt, maar die volgens die wet voor een kleinere vergoeding in aanmerking komt omdat u tijdelijk in het buitenland verbleef; vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde uit het buitenland naar Nederland.
- i.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn voorts:

- a. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend;
- b. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
- c. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft.

2.55.2.2. Geldigheid van voorwaarde

In artikel 2.55.2.1. is de voorwaarde gesteld, dat u een afzonderlijke (reis)verzekering heeft gesloten en dat u kosten pas vergoed krijgt als deze uitgaan boven de dekking van die (reis)verzekering. Deze voorwaarde is alléén van kracht tegenover de (reis)verzekeraar die - direct of indirect - tegenover ons een beroep doet op eenzelfde of soortgelijke voorwaarde uit haar eigen (reis)verzekering. Dit kan het geval zijn als deze (reis)verzekeraar de aan u

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

vergoede kosten op ons wil verhalen, of als deze wil voorkomen, dat wij de aan u vergoede kosten op haar willen verhalen.

Als u bij ons kosten declareert die onder de dekking van artikel 2.55.2.1. vallen, doen wij tegenover u géén beroep op deze voorwaarde. Na betaling door ons moet u dan wel meewerken aan de overdracht van de rechten die u op deze (reis)verzekeraar had.

2.55.3. U bent gedetacheerd in het buitenland en krijgt zorg, die in Nederland niet onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt in het buitenland en die voortvloeien uit:

- a. een medisch noodzakelijke komst van familieleden uit Nederland;
- b. vervoer van het stoffelijk overschot van een in het buitenland gedetacheerde verzekerde of van zijn gezinslid, vanuit het land waar u gedetacheerd bent naar Nederland;
- c. psychiatrische hulp door een psychiater of zenuwarts. De omvang van de hulp moet in het betreffende land in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk zijn;
- d. psychotherapie door een psychotherapeut. De omvang van de hulp moet in het betreffende land in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk zijn;
- e. opname en verblijf, onderzoek, behandeling en verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
- b. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u gedetacheerd bent.

2.55.4. U gaat naar een andere EG-Lidstaat of naar een EER-Lidstaat (tijdelijk verblijf) en krijgt daar niet-spoedeisende zorg, die in Nederland ook onder de dekking van uw verzekering(en) valt

Wij vergoeden de kosten die u (bij een tijdelijk verblijf) maakt in een van de andere lidstaten van de Europese Gemeenschap (EG) of in een van de lidstaten van de Europese Economische Ruimte (EER).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
- b. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering(en) (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven);
- c. het gedeclareerde bedrag is niet hoger dan het tarief dat geldt in het land waar u tijdelijk verblijft.
- d. de zorg die u in het buitenland krijgt, is niet duurder dan in Nederland (u heeft recht op dezelfde vergoeding als wanneer de zorg in Nederland was gegeven).
- e. als de zorg in het buitenland bestaat uit opname en medisch specialistische zorg in een ziekenhuis (artikel 2.2) of uit medisch specialistische zorg niet in een ziekenhuis (artikel 2.10) moeten deze zorgverleners en ziekenhuizen een overeenkomst met ons hebben gesloten. Als zij dat niet hebben gedaan, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven;
- f. het ziekenvervoer in het buitenland is niet duurder dan in Nederland (als de zorg in Nederland was gegeven en daarvoor ziekenvervoer tussen uw woonplaats en de dichtstbijzijnde plaats van behandeling in Nederland zou hebben plaatsgevonden).

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting: De kosten van medische zorg in het buitenland kunnen fors hoger zijn dan in Nederland. In veel gevallen weten wij hoe hoog die voor specifieke behandelingen kunnen zijn. Weten wij dat niet, dan kunnen wij dat opvragen. Wij kunnen u ook informeren over de inhoud van de buitenlandse zorg. Wij hebben hierover afspraken gemaakt met zorgverleners en zorginstellingen in het buitenland (bijvoorbeeld België en Duitsland). U kunt van onze kennis en ervaring gebruik maken en er uw voordeel mee doen. Als u dus van plan bent u in het buitenland te laten behandelen, raden wij u aan vooraf met ons contact op te nemen over de zorg in het buitenland en de exacte hoogte van de vergoeding.

2.55.5. Vereisten buitenlandse zorgverleners en zorginstellingen

Elk land stelt bepaalde eisen aan zorgverleners en zorginstellingen op het gebied van kwaliteit, opleiding en bevoegdheid. Die eisen kunnen per land verschillen. Maakt u gebruik van zorg in het buitenland, dan vergoeden wij u de kosten hiervan alleen als de zorgverleners en zorginstellingen voldoen aan de eisen die in dat land aan hen gesteld worden.

2.56. Sport-medisch advies

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Bezoek aan een sportarts:

Wij vergoeden de kosten van sport-medische behandelingen, sportkeuringen, en röntgen- en laboratoriumonderzoek door een sportarts.

2.57. Steunzolen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van aanschaf van steunzolen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de steunzolen zijn voorgeschreven door een arts;
- b. de steunzolen zijn naar gipsmodel of blauwdruk gemaakt door een orthopedisch schoenmaker, een orthopedisch instrumentmaker, een prothesemaker of een orthesemaker.
- c. wij hebben de orthopedisch schoenmaker, de orthopedisch instrumentmaker, de prothesemaker of de orthesemaker erkend of gecontracteerd.

2.58. Aanvulling psychiatrie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Aanvullende vergoeding psychiatrie en psychotherapie

Voor de kosten van psychiatrische en psychotherapeutische hulp op grond van de A.W.B.Z. geven wij een aanvullende vergoeding.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de kosten van psychiatrische en psychotherapeutische hulp komen op grond van de A.W.B.Z. niet geheel voor vergoeding in aanmerking.

2.59. Dieetadvisering

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Dieetadvisering:

Wij vergoeden de kosten van dieetadviezen door een diëtist.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de advisering is voorgeschreven door een (huis)arts, tandarts of specialist;
- b. de diëtist werkt volgens de Artsenwijzer Diëtetiek.

Uitsluitingen:

De kosten van de volgende middelen - ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven - vergoeden wij **niet** op grond van dit artikel:

- a. voedingsmiddelen;
- b. dieetpreparaten (zie hiervoor artikel 2.12.2.).

2.60. Reiskosten gezonde moeder

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Reiskosten gezonde moeder

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer of taxi, als uw kind is opgenomen in een ziekenhuis en borstvoeding krijgt.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u (de moeder) bent bij ons verzekerd voor tenminste een hoofdverzekering (uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn); en
- b. de ziekenhuisopname van uw kind is voorgeschreven door een arts; en
- c. u (de moeder) bent niet opgenomen in het ziekenhuis; en
- d. wij hebben u vooraf toestemming gegeven; en
- e. uw kind is jonger dan drie maanden en krijgt borstvoeding.

Als u (de moeder) dat wenst, kunt u in plaats van op en neer te reizen ook worden opgenomen in het ziekenhuis. U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Zie artikel 2.2.3..

2.61. Manuele lymfdrainage en littekenmassage

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Manuele lymfdrainage en littekenmassage

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfdrainage en littekenmassage door een huidtherapeut.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling is voorgeschreven door de behandelend arts. Hij geeft ook de oorzaak van de aandoening aan;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen, zoals het maximaal aantal behandelingen dat wij vergoeden.
- c. het gedeclareerde tarief is niet hoger dan het maximale tarief dat voor een oedeemtherapeut wettelijk is vastgesteld of goedgekeurd door het daartoe bevoegde orgaan. Als er geen wettelijk maximum tarief meer van kracht is voor de genoemde behandelingen, dan gaan wij uit van het tarief dat is vastgesteld volgens artikel 2.1.4. onder a.;
- d. voor manuele lymfedrainage geldt als voorwaarde dat er sprake is van lymfe oedeem als gevolg van het wegnemen van lymfeklieren;
- e. voor littekenmassage geldt bovendien als voorwaarde dat er sprake is van ernstige beperkingen bij alledaagse handelingen of ernstige littekens in het gezicht.

Toelichting: voor manuele lymfdrainage en littekenmassage kunt u ook terecht bij een fysiotherapeut of oedeemtherapeut. Deze zorgverleners worden ook vergoed uit uw hoofdverzekering.

2.62. Kuurbehandeling

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Meerdaagse behandeling in kuuroord

Wij vergoeden de kosten van:

- a. behandeling en verblijf in een door ons erkend kuuroord in Nederland of in het buitenland;
- b. gezamenlijk vervoer per bus, trein of vliegtuig naar een kuuroord in het buitenland, georganiseerd door een door ons erkende reisorganisatie;
- c. verblijf in een hotel of pension in het buitenland, georganiseerd door een door ons erkende reisorganisatie.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew;
- b. de kosten worden gedeclareerd door een door ons erkend kuuroord of reisorganisatie;
- c. de behandeling is voorgeschreven door een reumatoloog;
- d. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

Uitsluitingen:

De volgende kosten vergoeden wij **niet**, tenzij in het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk vermeld staat dat u wel recht heeft op een vergoeding van deze kosten:

- a. kosten van kuuroorden die niet door ons zijn erkend, tenzij de reis naar dit kuuroord in het buitenland is georganiseerd door een door ons erkende reisorganisatie;
- b. kosten van reizen die individueel zijn ondernomen met eigen vervoer en/of niet zijn georganiseerd door een door ons erkende reisorganisatie;
- c. kosten van verblijf in hotels en pensions, dat niet is georganiseerd door een door ons erkende reisorganisatie.

Toelichting: onder een kuur verstaan wij een meerdaagse behandeling van één of meer weken. De behandeling vindt plaats in een door ons erkend en geselecteerd kuuroord in Nederland of daarbuiten. U wordt er behandeld door behandelaars van verschillende deskundigheid. De kuur bestaat minimaal uit de volgende basisonderdelen: baden in thermaal water, actieve oefentherapie en ontspanning. De behandeling staat onder toezicht van een kuurarts. De paramedische behandelingen worden uitgevoerd door gekwalificeerd personeel. De behandeling kent ook een individueel, schriftelijk programma, dat op u is aangepast en aan u ter beschikking wordt gesteld. Na afloop stellen behandelaars en begeleiders een evaluatie op voor de reumatoloog die u heeft doorverwezen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Een kuuroord is een locatie waar zich, meestal op basis van een natuurlijke heetwaterbron één of meer behandelinstututen hebben gevestigd en zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen.

2.63. Invriezen van semen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Invriezen en bewaren van semen

Wij vergoeden **eenmalig** de kosten van het invriezen en bewaren van semen afkomstig van een verzekerde.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de verzekerde wil kinderen en heeft door ingrijpende oncologische behandelingen bij kanker kans op sterk verminderde vruchtbaarheid, op onvruchtbaarheid, op beschadiging van het zaad of op kinderen met een ernstige afwijking;
- b. het invriezen en bewaren van semen vindt plaats in een ziekenhuis of instituut dat daartoe door ons is erkend;
- c. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden verbinden.

2.64. Ergotherapie

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van ergotherapie gegeven door een ergotherapeut. Onder ergotherapie verstaan we:

- a. het adviseren, instrueren, trainen of behandelen van de verzekerde patiënt;
- b. het adviseren, instrueren en trainen van de mantelzorg(s).

De ergotherapie vindt plaats in de directe omgeving van de verzekerde. De bedoeling is dat de verzekerde (beter) voor zichzelf kan zorgen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling is voorgeschreven door een huisarts of specialist;
- b. de behandeling wordt gegeven in de behandelruimte van de ergotherapeut of bij de verzekerde thuis;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- c. de ergotherapeut werkt zelfstandig (vrijgevestigd) of in een instelling die door ons is erkend.

2.65. Overgangsconsulten

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Overgangsconsulten

Wij vergoeden de kosten van overgangsconsulten gegeven door een overgangsconsulente.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. deze overgangsconsulente is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

2.66. Herstel & Balans

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder de door u afgesloten verzekeringen of u recht hebt op een vergoeding. U vindt daar ook de hoogte van de vergoedingen.

Programma Herstel & Balans

Wij vergoeden de kosten van behandeling volgens het programma Herstel & Balans.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. stichting Herstel & Balans heeft de zorgverlener of zorginstelling (ziekenhuis, revalidatiekliniek, fysiotherapeut of psycholoog) gecertificeerd voor het geven van de behandeling;
- b. de behandeling is voorgeschreven door een oncoloog of revalidatie-arts.

Uitsluitingen:

De reiskosten, vervoerskosten en verblijfskosten die u in verband met het programma Herstel & Balans maakt, vergoeden wij **niet**.

Toelichting: Herstel & Balans is een landelijk trainingsprogramma voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben. Deze patiënten kunnen te maken krijgen met ernstige lichamelijke en/of geestelijke problemen, zoals moeheid. Herstel & Balans biedt een drie maanden durend reactiveringsprogramma waarin voorlichting, begeleiding en conditieverbetering centraal staan. Zo biedt het twee keer per week conditietraining door middel van fitness, zwemmen en sport en spel. Dit programma is vanzelfsprekend helemaal afgestemd op de doelgroep.

3. Grondslag van de verzekering

3.1. Grondslag van uw verzekering

3.1.1. grondslagen

Uw verzekering is gebaseerd op:

- a. de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerden) bij het afsluiten van deze verzekering heeft (hebben) verstrekt;
- b. het aanvraagformulier;
- c. de gezondheidsverklaring;
- d. eventuele keuringsrapporten;
- e. de polis en polisaanhangsels;
- f. de Algemene Voorwaarden;
- g. het Vergoedingen Overzicht;
- h. ons A.W.B.Z./Ziekenfonds-reglement, als u ziekenfonds verzekerd bent;
- i. ons A.W.B.Z.-reglement, als u particulier verzekerd bent.
- j. eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

Deze grondslagen van de verzekering bepalen samen uw rechten en plichten.

3.1.2. Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij deze verzekering.

Toelichting: Alle verzekerden hebben recht op een vergoeding van de verzekerde kosten. Maar verzekerden die geen verzekeringnemer zijn, hebben bijvoorbeeld niet het recht de verzekering op te zeggen. Dit recht heeft alleen de verzekeringnemer; de contractspartij.

3.1.3. Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

3.2. Nietigverklaring

Wij hebben altijd het recht om een beroep te doen op artikel 251 van het Wetboek van Koophandel. Als de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerde) bij het afsluiten van de verzekering heeft verstrekt onjuist of onvolledig blijken te zijn, kunnen wij de verzekering voor alle verzekerden die hieruit rechten kunnen ontleen of hebben ontleend volledig nietig verklaren, alsof deze nooit bestaan heeft.

3.3. Geldigheid van voorwaarden

3.3.1. Algemene Voorwaarden

Deze Algemene Voorwaarden zijn van toepassing voor zover daarvan niet wordt afgeweken in:

- a. een bijkomende of collectieve overeenkomst zoals bedoeld onder punt j van artikel 3.1.1;
- b. het Vergoedingen Overzicht.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

3.3.2. Algemene Voorwaarden, Vergoedingen Overzicht en eventuele aanvulling

Als er onenigheid is over welke versie van de Algemene Voorwaarden, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling geldt of hoe de tekst daarvan luidt, dan zijn alleen de tekst en inhoud van de exemplaren die in ons bezit zijn van kracht.

3.3.3. Andere taal

Behalve in het Nederlands geven wij onze voorwaarden ook uit in één of meer andere talen. Als er verschillen in inhoud of interpretatie zijn, dan zijn alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige exemplaren die in ons bezit zijn bindend.

3.4. Verandering van Algemene Voorwaarden, Vergoedingen Overzicht of polis

Als uw voorwaarden, premie en/of dekking veranderen, brengen wij u daarvan op de hoogte:

- a. wij sturen u een nieuwe polis. Als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten kunt u deze ook via internet raadplegen. Wij vermelden daarbij ook de datum waarop deze van kracht wordt. Vanaf die datum geldt uw oude polis niet meer.
- b. wij sturen u op uw verzoek ook nieuwe Algemene Voorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht. Als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten kunt u deze ook via internet raadplegen. Wij vertellen vanaf welk moment die van kracht worden. Dat is bijna altijd op het moment waarop uw nieuwe polis van kracht wordt. Vanaf die datum gelden uw oude Algemene Voorwaarden en Vergoedingen Overzicht niet meer.
- c. wij sturen u op uw verzoek een aanvulling op uw bestaande Algemene Voorwaarden en bestaand Vergoedingen Overzicht. Als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten kunt u deze ook via internet raadplegen. Wij vermelden daarbij de datum waarop die van kracht wordt. Dat is bijna altijd op het moment waarop uw nieuwe polis van kracht wordt. Vanaf die datum geldt naast uw bestaande Algemene Voorwaarden en bestaand Vergoedingen Overzicht ook die aanvulling.

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u Algemene Voorwaarden toe. Ook kunt u via internet raadplegen als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten.

4. Alle gezinsleden aanmelden voor de verzekering

Alle personen die bij een verzekerd gezin horen en voor een verzekering in aanmerking komen, moeten bij ons voor de verzekering aangemeld worden. Dit geldt niet voor gezinsleden die verplicht zijn zich in te schrijven voor een wettelijke verzekering of verplicht zijn deel te nemen aan een publiekrechtelijke regeling.

U (verzekeringnemer) moet personen die deel uitmaken of uit gaan maken van uw gezin binnen 30 dagen aanmelden voor de verzekering. Meldt u deze personen later aan, dan zijn zij pas verzekerd op het moment van aanmelding. Wij breiden de dekking voor deze personen niet met terugwerkende kracht uit.

5. Aanvang, duur en einde van de verzekering

5.0. Einde van de verzekering bij nieuw stelsel van zorgverzekeringen

Wij beëindigen de verzekering van alle verzekerden (zowel particuliere verzekering als aanvullende verzekeringen op een wettelijke verzekering of een W.T.Z.-verzekering) op het moment dat een algemeen geldende, wettelijke verzekeringsplicht ontstaat als gevolg van de invoering van een ander stelsel van zorgverzekeringen in Nederland. Wij bieden u dan een nieuwe verzekering aan, rekening houdende met de samenstelling van uw tot dan toe lopende verzekering.

U kunt ons aanbod van een nieuwe verzekering weigeren. U moet ons uw weigering binnen 30 dagen nadat wij u het aanbod hebben gedaan, schriftelijk laten weten. Ontvangen wij uw weigering niet binnen die periode van 30 dagen, gaat uw nieuwe verzekering stilzwijgend in direct aansluitend op uw tot dan toe lopende verzekering.

Na ontvangst van ons aanbod kunt u ons ook verzoeken u een aanbod voor een andere verzekering te doen. U moet ons uw verzoek om een ander aanbod binnen 30 dagen nadat wij ons aanvankelijke aanbod hebben gedaan, schriftelijk laten weten.

5.1. Aanvang en duur van de verzekering

De verzekering gaat in op de datum die op uw polis vermeld staat. U sluit de verzekering voor minimaal een volledig jaar af. Dit geldt niet:

- a. voor een Aanvullende Verzekering Plus met uitgebreide Tandarts, Aanvullende Verzekering Top met uitgebreide Tandarts en een Aanvullende Verzekering IPO Tand Extra of een Aanvullende Verzekering ZorgKeuzePolis Pakket 3. Deze aanvullende verzekeringen sluit u voor minimaal drie volledige jaren af;
- b. als in een aanvullende overeenkomst of in een collectieve verzekering een andere geldigheidsduur is afgesproken;
- c. voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw verzekering op uw polis worden bijgeschreven. Hun verzekering loopt even lang als die van u.

Na de minimale geldigheidsduur verlengen wij de verzekering telkens stilzwijgend van jaar tot jaar tenzij u of wij de verzekering beëindigen. In artikel 5.2 leest u wanneer de verzekering beëindigd kan worden.

*Toelichting 1: **Minimale verzekeringsduur:** Stel: U meldt zich aan voor een verzekering met een minimale verzekeringsduur van één jaar. De verzekering gaat in op 1 september 2004. Het jaar loopt in dit geval van januari 2005 tot januari 2006. Dat betekent dat u minimaal tot januari 2006 bij ons verzekerd bent.*

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting 2 (voor artikel 5.1.c.: minimale geldigheidsduur na bijschrijving van een gezinslid): Stel: U heeft een verzekering met een minimale verzekeringsduur van één volledig jaar. De verzekering gaat in op 1 januari 2004. In oktober 2004 krijgt u een baby die u bijschrijft op uw verzekering. Op 1 januari 2005 is de minimale geldigheidsduur van uw verzekering afgelopen, zowel voor u als voor de baby. Als u uw verzekering niet heeft opgezegd, blijft de verzekering doorlopen. De minimale geldigheidsduur blijft steeds één jaar. Op 1 januari 2005 gaat de minimale geldigheidsduur dus weer in, zowel voor u als voor de baby. U bent beiden tot minimaal 1 januari 2006 bij ons verzekerd.

Wegwijzer bij einde of wijziging van de verzekering

Waar vindt u welke informatie?

U heeft een ziekenfondsverzekering en aanvullende verzekering en:

- u wilt uw aanvullende verzekering opzeggen: lees artikel 5.2.1.
- u wilt uw aanvullende verzekering wijzigen: lees artikel 5.2.2.
- u wilt weten wanneer wij uw aanvullende verzekering beëindigen voor alle verzekerden: lees artikel 5.2.3.
- u wilt weten wanneer wij uw aanvullende verzekering beëindigen voor één verzekerde: lees artikel 5.2.4.
- u wilt weten wat er gebeurt als u een nieuwe hoofdverzekering afsluit: lees artikel 5.2.5.
- u wilt weten welke bijzondere bepalingen gelden bij een collectieve verzekering: lees artikel 5.4.1. en 5.4.2.

U heeft een particuliere verzekering (en eventueel ook een aanvullende verzekering) en:

- u wilt uw (aanvullende) verzekering opzeggen: lees artikel 5.3.1.
- u wilt uw (aanvullende) verzekering wijzigen: lees artikel 5.3.2.
- u wilt weten wanneer wij uw hoofdverzekering beëindigen voor alle verzekerden: lees artikel 5.3.3.
- u wilt weten wanneer wij uw aanvullende verzekering beëindigen voor alle verzekerden: lees artikel 5.3.4.
- u wilt weten wanneer wij uw hoofd- of aanvullende verzekering beëindigen voor één verzekerde: lees artikel 5.3.5.
- u wilt weten wat er gebeurt als u een nieuwe hoofdverzekering afsluit: lees artikel 5.3.6.
- u wilt weten welke bijzondere bepalingen gelden bij een collectieve verzekering: lees artikel 5.4.1. en 5.4.2.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

INFO VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN

Heeft u een collectieve ziekenfondsverzekering? Lees ook artikel 5.4!

5.2. Einde of wijziging van een aanvullende verzekering op een ziekenfondsverzekering

5.2.1. U beëindigt de aanvullende verzekering door :

a. schriftelijke opzegging

Uw schriftelijke opzegging moet uiterlijk voor 1 november bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op 1 januari aanstaande. Houdt u zich niet aan deze opzegtermijn, dan eindigt uw verzekering een jaar later op 1 januari. Houdt u er rekening mee dat u wel aan de minimale geldigheidsduur van uw verzekering moet voldoen.

Toelichting: Stel: U heeft een Aanvullende Verzekering Plus afgesloten op uw Ziekenfondsverzekering. Deze heeft een minimale geldigheidsduur van een jaar. De verzekering ging in op 1 september 2003. Op 1 januari 2005 is de minimale geldigheidsduur van de verzekering verstreken. Als u besluit dat u de Aanvullende Verzekering Plus wilt beëindigen, moet uw schriftelijke opzegging ons voor 1 november 2004 hebben bereikt. Wij beëindigen de aanvullende verzekering per 1 januari 2005.

b. schriftelijke opzegging bij een verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 10 en 5.2.2.b.):

U kunt uw verzekering opzeggen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 10. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. U kunt uw verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van de voorwaarden of de premie:

1. als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
2. die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaaert;
3. die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.

Toelichting: Wij hebben het recht onze voorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten tot een verandering, sturen wij u hierover schriftelijk bericht. Als u het niet eens bent met de verandering heeft u meestal het recht uw verzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur van uw verzekering nog niet verstreken. Stuur ons hierover binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld een schriftelijk bericht. Wij beëindigen uw verzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

5.2.2. U wijzigt de aanvullende verzekering

U kunt de aanvullende verzekering van alle verzekerden wijzigen. Voor verzekerden van 65 jaar of ouder geldt, dat zij een aanvullende verzekering alleen maar wijzigen in een andere

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

aanvullende verzekering met een lagere premie.

Wijziging van de aanvullende verzekering kan door middel van:

- a. schriftelijke wijziging
U kunt de verzekering van alle verzekerden op de polis wijzigen door ons hiervoor een schriftelijk verzoek te sturen. Dit verzoek moet voor 1 december bij ons binnen zijn. Als wij akkoord gaan, wijzigt uw verzekering op 1 januari aanstaande. Is uw verzoek na 1 december bij ons binnen dan wijzigt de verzekering, indien wij akkoord gaan, een jaar later op 1 januari. Uw verzekering wijzigt niet met terugwerkende kracht. Houdt u er rekening mee dat u pas het recht hebt om uw verzekering te wijzigen als de minimale geldigheidsduur van uw verzekering verstreken is.
- b. schriftelijke wijziging bij een verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 10 en 5.2.1.b.):
U kunt uw verzekering wijzigen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 10. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De lopende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Op dat moment gaat ook uw nieuwe verzekering in. U kunt uw verzekering niet wijzigen als het gaat om een verandering van de voorwaarden of de premie:
 1. als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
 2. die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaaert;
 3. die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.

5.2.3. Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden in de volgende gevallen:

- a. uw ziekenfondsverzekering eindigt. Op dat moment beëindigen wij de verzekeringen die hierop een aanvulling vormen. (zie ook artikel 5.2.5.)
- b. u (verzekeringnemer) sluit, nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan, een andere aanvullende verzekering af. Wij beëindigen de lopende aanvullende verzekering op de ingangsdatum van uw nieuwe aanvullende verzekering. Een Aanvullende Klassenverzekering beëindigen wij in dit geval niet.

Toelichting: Stel: U heeft de volgende verzekeringen bij ons gesloten: Ziekteverzekering, Aanvullende Verzekering Basis, Aanvullende Klassenverzekering. U wilt in plaats van uw Aanvullende Verzekering Basis een Aanvullende Verzekering Plus afsluiten. U stuurt ons hierover vòòr 1 december een verzoek. Wij kijken of de minimale geldigheidstermijn van uw Aanvullende Verzekering Basis is verstreken. Is dat het geval en gaan wij met de wijziging akkoord, dan beëindigen wij op 1 januari uw Aanvullende Verzekering Basis. Op die datum gaat uw nieuwe Aanvullende Verzekering Plus in. Uw Aanvullende Klassenverzekering blijft voortbestaan.

- c. u (verzekeringnemer) betaalt uw premie niet of komt uw andere verplichtingen niet na. Of u (verzekeringnemer en/of verzekerde) maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, fraude, dwang of bedreiging. Wij bepalen het moment waarop in die gevallen de aanvullende verzekering eindigt.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Ook als bovenstaande betrekking heeft op uw ziekenfondsverzekering beëindigen wij de aanvullende verzekering van alle verzekerden.

- d. niet alle leden van het gezin hebben dezelfde aanvullende verzekering. Wij bepalen het moment waarop de aanvullende verzekering eindigt. Een Aanvullende Klassenverzekering beëindigen wij in dit geval niet. Als niet alle gezinsleden een Aanvullende Verzekering Plus met uitgebreide Tandarts, Aanvullende Verzekering Top met uitgebreide Tandarts of een Aanvullende Verzekering IPO Tand Extra hebben omdat één of meer gezinsleden daarvoor niet in aanmerking komen, blijft deze verzekering voor de overige gezinsleden wel voortbestaan.

Toelichting: Wij hanteren het gezinsprincipe. Dit principe gaat ervan uit dat alle leden van een gezin op dezelfde wijze verzekerd zijn als zij hiervoor in aanmerking komen. Wil iemand uit een gezin met een Ziekentondsverzekering een Aanvullende Verzekering Basis afsluiten, dan geldt dat hij die aanvullende verzekering voor het hele gezin af moet sluiten. Wilt u een aanvullende verzekering beëindigen, dan kan dit ook alleen voor het hele gezin.

5.2.4. Wij beëindigen de aanvullende verzekering van één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van één verzekerde op het moment dat (één van) de volgende situaties zich voordoen:

- a. de verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van het gezin van u (verzekeringnemer);
- b. het verblijf van deze verzekerde in het buitenland kan volgens deze voorwaarden niet langer als tijdelijk worden aangemerkt;
- c. de verzekerde heeft een aanvullende verzekering afgesloten op een ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke regeling en deze ziekenfondsverzekering of publiekrechtelijke regeling eindigt.

Als (één van) bovenstaande situaties zich voordoen, moet u dit binnen 30 dagen schriftelijk aan ons melden.

5.2.5. Wijziging van de aanvullende verzekering bij het afsluiten van een nieuwe hoofdverzekering

Wanneer uw ziekenfondsverzekering eindigt, kunt u bij ons, als wij hiermee akkoord gaan, direct aansluitend een nieuwe verzekering afsluiten. Vul hiervoor het aanmeldingsformulier in en stuur het naar ons op. U kunt op dit formulier aangeven of u uw bestaande aanvullende verzekering wilt behouden, wijzigen of beëindigen. Geeft u niets aan, dan schrijven wij u bij deze nieuwe verzekering automatisch in voor dezelfde aanvullende verzekering of een aanvullende verzekering die daar (bijna) gelijk aan is. Heeft u hiertegen bezwaren, dan moet u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van uw nieuwe verzekering schriftelijk aan ons melden.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

INFO VOOR PARTICULIER VERZEKERDEN

Heeft u een collectieve hoofdverzekering? Lees ook artikel 5.4!

5.3. Einde of wijziging van uw particuliere (aanvullende) verzekering

5.3.1. U beëindigt de hoofdverzekering of aanvullende verzekering van alle verzekerden op de polis door:

a. schriftelijke opzegging

Uw schriftelijke opzegging moet uiterlijk voor 1 oktober bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op 1 januari aanstaande. Houdt u zich niet aan deze opzegtermijn, dan eindigt uw verzekering een jaar later op 1 januari. Houdt u er rekening mee dat u wel aan de minimale geldigheidsduur van uw verzekering moet voldoen.

Toelichting: Stel: U heeft een Zorgverzekering afgesloten met een minimale geldigheidsduur van een jaar. De verzekering ging in op 1 september 2003. Op 1 januari 2005 is de minimale geldigheidsduur van de verzekering verstreken. Als u ons voor 1 oktober 2004 een schriftelijk bericht stuurt waarin u ons verzoekt de Zorgverzekering stop te zetten, beëindigen wij de verzekering per 1 januari 2005.

b. schriftelijke opzegging bij een verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 10 en 5.3.2.b.)

U kunt uw verzekering opzeggen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 10. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. U kunt uw verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

- 1) de voorwaarden of de premie als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- 2) de voorwaarden of de premie die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaart;
- 3) de premie en/of het eigen risico doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdsschijf terechtkomt;
- 4) de voorwaarden of de premie die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.
- 5) het eigen risico doordat er een nieuw jaar aanbreekt.

Toelichting: Wij hebben het recht onze voorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten tot een verandering, sturen wij u hierover schriftelijk bericht. Als u het niet eens bent met de verandering heeft u meestal het recht uw verzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur van uw verzekering nog niet verstreken. Stuur ons hierover binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld een schriftelijk bericht. Wij beëindigen uw verzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

5.3.2. U wijzigt de (aanvullende) verzekering van alle verzekerden op de polis.

U kunt de (aanvullende) verzekering van alle verzekerden wijzigen. Voor verzekerden van 65 jaar of ouder geldt, dat zij een aanvullende verzekering alleen maar wijzigen in een andere aanvullende verzekering met een lagere premie.

Wijziging van de (aanvullende) verzekering kan door middel van:

- a. een schriftelijk verzoek.
U kunt de verzekering van alle verzekerden op de polis wijzigen door ons hiervoor een schriftelijk verzoek te sturen. Dit verzoek moet voor 1 december bij ons binnen zijn. Als wij akkoord gaan, wijzigt uw verzekering op 1 januari aanstaande. Is uw verzoek na 1 december bij ons binnen dan wijzigt de verzekering, indien wij akkoord gaan, een jaar later op 1 januari. Uw verzekering wijzigt niet met terugwerkende kracht. Houdt u er rekening mee dat u pas het recht hebt om uw verzekering te wijzigen als de minimale geldigheidsduur van uw verzekering verstreken is.
- b. schriftelijke opzegging of wijziging bij een verandering van de voorwaarden (zie ook artikel 10 en 5.3.1.b.).
U kunt uw verzekering opzeggen of wijzigen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 10. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De lopende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Bij wijziging van de verzekering gaat op dat moment ook uw nieuwe verzekering in. U kunt uw verzekering niet wijzigen als het gaat om een verandering van:
 - 1) de voorwaarden of de premie als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
 - 2) de voorwaarden of de premie die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwakt;
 - 3) de premie en/of het eigen risico doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdsschijf terechtkomt;
 - 4) de voorwaarden of de premie die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.
 - 5) het eigen risico doordat er een nieuw jaar aanbreekt.

5.3.3. Wij beëindigen de hoofdverzekering van alle verzekerden.

Wij beëindigen de hoofdverzekering van alle verzekerden:

- a. op het moment dat u (verzekeringnemer) een verzekering heeft afgesloten die alleen toegankelijk is voor mensen die in een bepaalde branche, sector, bedrijfstak of andere onderverdeling werken en u ophoudt hier te werken. Als u (verzekeringnemer) met uw werkzaamheden ophoudt doordat u arbeidsongeschikt wordt, vervroegd uittreedt of gebruik maakt van een wachtgeldregeling beëindigen wij de verzekering niet. Als u overlijdt, beëindigen wij de verzekering wel voor u, maar niet voor uw gezinsleden.
- b. als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt of uw andere verplichtingen niet nakomt. Of u (verzekeringnemer en/of verzekerde) maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, fraude, dwang of bedreiging. Wij bepalen het moment waarop de verzekering in die gevallen beëindigd wordt.

5.3.4. Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden.

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden in de volgende gevallen:

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- a. uw hoofdverzekering eindigt. Op dat moment beëindigen wij de verzekeringen die hierop een aanvulling vormen.
- b. u (verzekeringnemer) sluit, nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan, een andere aanvullende verzekering af. Wij beëindigen de lopende aanvullende verzekering op de ingangsdatum van uw nieuwe aanvullende verzekering. Een Aanvullende Klassenverzekering beëindigen wij in dit geval niet.

Toelichting: Stel: U heeft de volgende verzekeringen bij ons afgesloten: Zorgverzekering, Aanvullende Verzekering Basis, Aanvullende Klassenverzekering. U wilt in plaats van uw Aanvullende Verzekering Basis een Aanvullende Verzekering Plus afsluiten. U stuurt ons hierover voor 1 december een verzoek. Wij kijken of de minimale geldigheidstermijn van uw Aanvullende Verzekering Basis is verstreken. Is dat het geval en gaan wij met de wijziging akkoord, dan beëindigen wij op 1 januari uw Aanvullende Verzekering Basis. Op die datum gaat uw nieuwe Aanvullende Verzekering Plus in. Uw Aanvullende Klassenverzekering blijft voortbestaan.

- c. u (verzekeringnemer) betaalt uw premie niet of komt uw andere verplichtingen niet na. Of u (verzekeringnemer en/of verzekerde) maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, fraude, dwang of bedreiging. Wij bepalen het moment waarop in die gevallen de verzekering eindigt.
- d. niet alle leden van het gezin hebben dezelfde aanvullende verzekering. Wij bepalen het moment waarop de aanvullende verzekering eindigt. Een Aanvullende Klassenverzekering beëindigen wij in dit geval niet. Als niet alle gezinsleden een Aanvullende Verzekering Plus met uitgebreide Tandarts, Aanvullende Verzekering Top met uitgebreide Tandarts of een Aanvullende Verzekering IPO Tand Extra hebben omdat één of meer gezinsleden daarvoor niet in aanmerking komen, blijft deze verzekering voor de overige gezinsleden wel voortbestaan.

Toelichting: Wij hanteren het gezinsprincipe. Dit principe gaat ervan uit dat alle leden van een gezin op dezelfde wijze verzekerd zijn als zij hiervoor in aanmerking komen. Wil iemand uit een gezin met een Zorgverzekering een Aanvullende Verzekering Basis afsluiten, dan geldt dat hij die aanvullende verzekering voor het hele gezin af moet sluiten. Wilt u een aanvullende verzekering beëindigen, dan kan dit ook alleen voor het hele gezin.

5.3.5. Wij beëindigen de (aanvullende) verzekering van één verzekerde.

Wij beëindigen de (aanvullende) verzekering van één verzekerde op het moment dat (één van) de volgende situaties zich voordoen:

- a. de verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van het gezin van u (verzekeringnemer);
- b. het verblijf van deze verzekerde in het buitenland kan volgens deze voorwaarden niet langer als tijdelijk worden aangemerkt;
- c. de verzekerde wordt 65 jaar;
- d. de verzekerde is verplicht zich in te schrijven voor een ziekenfondsverzekering. Wij beëindigen de particuliere verzekering op het moment dat wij het definitieve bewijs van inschrijving in de ziekenfondsverzekering ontvangen;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- e. de verzekerde is verplicht deel te nemen aan een publiekrechtelijke regeling. Wij beëindigen de particuliere verzekering op het moment dat wij het definitieve bewijs van deelneming aan de publiekrechtelijke regeling ontvangen.

Als (één van) bovenstaande situaties zich voordoen, moet u dit binnen 30 dagen schriftelijk aan ons melden.

5.3.6. Wijziging van de aanvullende verzekering bij het afsluiten van een nieuwe verzekering.

Wanneer uw particuliere hoofdverzekering eindigt, kunt u bij ons, als wij hiermee akkoord gaan, direct aansluitend een nieuwe verzekering afsluiten. Vul hiervoor het aanmeldingsformulier in en stuur het naar ons op. In veel gevallen is het mogelijk om in aanvulling op uw nieuwe verzekering dezelfde of ongeveer dezelfde aanvullende verzekering te sluiten. U kunt op dit aanmeldingsformulier aangeven of u uw bestaande aanvullende verzekering wilt behouden, wijzigen of beëindigen. Geeft u niets aan, dan schrijven wij u – als het mogelijk is - bij deze nieuwe verzekering automatisch in voor dezelfde aanvullende verzekering of een aanvullende verzekering die daar (bijna) gelijk aan is. Heeft u hiertegen bezwaren, dan moet u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van uw nieuwe verzekering schriftelijk aan ons melden.

AANVULLENDE INFO VOOR COLLECTIEF VERZEKERDEN

5.4. Einde of wijziging van uw collectieve (aanvullende) verzekering

5.4.1. U wilt uw collectieve verzekering beëindigen of wijzigen.

Heeft u een collectieve verzekering, dan:

- a. kan alleen de onderneming of instelling waarmee wij de collectieve overeenkomst hebben gesloten de verzekering schriftelijk opzeggen;
- b. heeft u (verzekeringnemer) niet het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen als wij de voorwaarden veranderen;
- c. kan alleen de onderneming of instelling waarmee wij de collectieve overeenkomst hebben gesloten ons verzoeken de verzekering te wijzigen.

5.4.2. Wij beëindigen de collectieve verzekering van alle verzekerden.

Wij beëindigen de collectieve verzekering van alle verzekerden op de polis:

- a. op het moment dat u ophoudt te werken bij de onderneming of instelling via welke u (verzekeringnemer) collectief verzekerd bent.
- b. op het moment dat de collectieve overeenkomst tussen ons en het bedrijf waar u (verzekeringnemer) werkt, eindigt.

Onder de collectieve verzekering begrijpen wij zowel de particuliere verzekeringen als de aanvullende verzekeringen op de ziekenfonds verzekering, die onder de collectieve overeenkomst vallen.

Er zijn gevallen, waarin wij de collectieve verzekering niet beëindigen:

- a. als u feitelijk met uw werkzaamheden ophoudt doordat u arbeidsongeschikt wordt, vervroegd uittreedt of gebruik maakt van een wachtgeldregeling, beëindigen wij de verzekering niet. Het formele dienstverband met uw werkgever moet dan wel blijven voortbestaan;

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. als u overlijdt, beëindigen wij de verzekering wel voor u, maar niet voor uw gezinsleden.

6. Premie, wettelijke bijdragen en kosten

Waar vindt u welke informatie?

- 6.1. Hier vindt u informatie hoe de kosten voor uw verzekering zijn opgebouwd.
6.2. Hier vindt u informatie over het betalen van de kosten voor uw verzekering
6.3. Hier vindt u informatie die van toepassing is als u een betalingsachterstand heeft
6.4. Hier vindt u informatie over de beëindiging van uw verzekering bij betalingsachterstand en over premieruggave als u uw verzekering opzegt
6.5. Hier vindt u aanvullende informatie over aansprakelijkheid voor collectief verzekerden

6.1. Kosten

6.1.1. Kosten opbouw

De door u (verzekeringnemer) te betalen kosten voor uw verzekering zijn opgebouwd uit:

- a. premie;
b. wettelijke bijdragen of andere kosten die wij volgens de wet verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
c. belastingen die wij volgens de wet of een verdrag verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
d. bedragen die wij rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald maar die u (verzekeringnemer) zelf had moeten betalen omdat ze onder het eigen risico of de eigen bijdrage van uw verzekering vielen;
e. eventuele andere kosten. Hieronder verstaan wij ook het bedrag dat wij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de verschuldigde kosten niet betaalt via automatische afschrijving van uw (verzekeringnemer) rekening.

6.1.2. Kosten berekening

Wij stellen vast wat de hoogte van deze kosten is en in welke gevallen en wanneer u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Dit doen wij op basis van:

- a. het aantal verzekerden;
b. hun huidige leeftijd;
c. hun leeftijd op het moment dat u (verzekeringnemer) de verzekering afsloot;
d. de soort verzekering die u (verzekeringnemer) afsloot;
e. de ziekenhuisklasse die u (verzekeringnemer) koos.

6.2. Betaling

6.2.1. Verschuldigde kosten

U (verzekeringnemer) moet de kosten die u (verzekeringnemer) ons verschuldigd bent in Nederlands wettig betaalmiddel betalen.

6.2.2. Aansprakelijkheid

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de betaling van de verschuldigde kosten. Als u (verzekeringnemer) overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over uw vermogen te beschikken, is ieder van de verzekerden persoonlijk aansprakelijk voor de

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

betaling van de gehele verschuldigde kosten. Deze aansprakelijkheid eindigt op het moment dat wij één van de verzekerden als nieuwe verzekeringnemer accepteren.

6.2.3. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Bij het afsluiten van uw verzekering spreken wij met u (verzekeringnemer) af over welke periode u (verzekeringnemer) deze kosten vooruit betaalt en op welke wijze u (verzekeringnemer) dat doet. Het bedrag van die kosten moet uiterlijk vòòr de eerste dag van die afgesproken periode in ons bezit zijn. Als wij met u (verzekeringnemer) afspreken dat wij het bedrag van de verschuldigde kosten voor elke periode van uw bankrekening incasseren, blijft de verantwoordelijkheid tijdig te betalen (dus van een voldoende saldo) bij u (verzekeringnemer) liggen.

6.2.4. Aanmelding van een nieuwe verzekerde in een periode

Als u (verzekeringnemer) midden in een periode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u (verzekeringnemer) voor deze verzekerde alleen kosten over het resterende gedeelte van deze periode. Deze kosten moeten uiterlijk voor de aanvang van dit resterende gedeelte van deze periode aan ons betaald zijn.

6.3. Betalingsachterstand

6.3.1. Geen recht op vergoeding

Als u (verzekeringnemer) de verschuldigde kosten niet op tijd betaalt, dan:

- a. kunnen wij deze direct bij u (verzekeringnemer) opeisen en;
- b. worden onze verplichtingen tegenover u (verzekeringnemer **èn** verzekerden) uitgesteld.

Dit geldt vanaf de dag dat de bedragen bij ons binnen hadden moeten zijn tot de dag dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare kosten heeft betaald. De nota's die u in deze periode bij ons indient, vergoeden wij pas nadat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde kosten aan ons heeft betaald.

Heeft u (verzekeringnemer) een ziekenfondsverzekering met een aanvullende verzekering bij ons gesloten? Als u (verzekeringnemer) uw ziekenfondspremie niet op tijd betaalt, worden ook onze verplichtingen vanuit de aanvullende verzekering uitgesteld. Kosten die onder de dekking van deze aanvullende verzekering vallen, vergoeden wij in dit geval niet.

Onze verplichtingen herleven op het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare kosten heeft betaald. Dat is ook het geval als wij uw verzekering al hebben beëindigd.

Toelichting: U (verzekeringnemer) heeft uw premie over de maanden januari en februari niet betaald. In februari wordt u ziek en geeft u € 300,- aan medicijnen uit. Wij vergoeden deze kosten niet, ook al vallen ze onder de dekking van uw verzekering. In maart betaalt u (verzekeringnemer) uw gehele achterstallige premie. De € 300,- die u in februari heeft uitgegeven aan medicijnen vergoeden wij u nu wel.

6.3.2. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met betaling, dan lost u (verzekeringnemer) met elk

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

bedrag dat wij van u (verzekeringnemer) ontvangen de langst openstaande schuld af. Schulden die zijn opgebouwd uit meerdere bedragen, kunt u (verzekeringnemer) niet splitsen. Zij moeten in hun geheel betaald worden.

Toelichting: U (verzekeringnemer) heeft de kosten van uw verzekering over een periode van drie maanden niet betaald. Deze kosten zijn opgebouwd uit premie, wettelijke bijdragen en poliskosten. U (verzekeringnemer) moet deze kosten in zijn geheel betalen. U (verzekeringnemer) kunt dus niet zelf bepalen dat u de premie over deze periode wel betaalt en de wettelijke bijdragen en poliskosten niet. U (verzekeringnemer) kunt ook niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand.

Ook kunt u (verzekeringnemer) vorderingen niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerden) nog van ons te goed heeft. Wij kunnen de schuld van u (verzekeringnemer) wel verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerden) van ons krijgt.

Toelichting 1: U (verzekeringnemer) heeft een premieschuld van € 400,-. U heeft ons voor € 100,- aan nota's opgestuurd. Wij moeten beoordelen of deze nota's geheel voor vergoeding in aanmerking komen. U (verzekeringnemer) mag deze nota's daarom niet van uw schuld aftrekken. Uw schuld blijft € 400,-.

Toelichting 2: U (verzekeringnemer) heeft een schuld openstaan van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- aan nota's op. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u (verzekeringnemer) € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw schuld is daarmee afgelost.

6.3.3. Vertragingsschade

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand heeft, betaalt u (verzekeringnemer) ons één procent vertragingsschade per maand over de verschuldigde en opeisbare kosten van een periode. Bovendien moet u (verzekeringnemer) ons de kosten die wij maakten om de bedragen bij u (verzekeringnemer) te innen volledig vergoeden.

6.4. Beëindiging van uw verzekering

6.4.1. Wij beëindigen uw verzekering

Heeft u (verzekeringnemer) de verschuldigde kosten een maand nadat deze opeisbaar worden nog niet (volledig) betaald, dan beëindigen wij de verzekering. Wij hoeven daarvoor tegenover u (verzekeringnemer) geen officiële verklaring af te leggen dat u (verzekeringnemer) uw verplichtingen niet na bent gekomen. Ook de tussenkomst van een rechter is daarvoor niet nodig. U (verzekeringnemer) blijft verplicht om ons alle verschuldigde en opeisbare bedragen te betalen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Meer over de beëindiging van uw verzekering leest u in:

- Artikel 5.2.3 punt c als u een ziekenfondsverzekering met aanvullende verzekering heeft;
- Artikel 5.3.3 punt b als u particulier verzekerd bent;
- Artikel 5.3.4 punt c als u particulier verzekerd bent met een aanvullende verzekering.

6.4.2. Schuld over een beëindigde verzekering

Als u (verzekeringnemer) of één van de verzekerden ons nog kosten schuldig is over een verzekering die inmiddels beëindigd is, hebben wij met betrekking tot de lopende verzekering het recht:

- a. kosten die u (verzekeringnemer en verzekerden) van ons vergoed krijgt te verrekenen met de oude openstaande schuld (zie artikel 6.3.2);
- b. uw (verzekeringnemer en verzekerden) huidige, lopende verzekering te beëindigen (zie artikel 6.4.1);
- c. onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare kosten afgelost heeft. De nota's die u (zowel verzekeringnemer als verzekerde) in de tussenliggende periode indient, vergoeden wij niet totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde kosten aan ons heeft betaald (zie artikel 6.3.1).

6.4.3. Geld terug bij einde verzekering midden in een periode

Eindigt uw verzekering in een periode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald heeft, dan krijgt u (verzekeringnemer) over de resterende tijd van die periode een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen u (verzekeringnemer) wel administratiekosten in rekening.

6.5. Aansprakelijkheid bij een collectieve verzekering

Het kan zijn dat uw verzekering is gesloten op grond van een collectieve overeenkomst tussen ons en een onderneming, instelling of andere rechtspersoon. In dat geval zijn deze onderneming, instelling of andere rechtspersoon en u (verzekeringnemer) ieder aansprakelijk voor de gehele verplichtingen die in dit artikel zijn genoemd, tenzij anders is overeengekomen.

7. Eigen risico

Dit artikel is alleen op u van toepassing als voor uw hoofdverzekering een eigen risico geldt en wij dit eigen risico op uw polis vermeld hebben.

Waar vindt u welke informatie?

- 7.1. Hier vindt u informatie over de hoogte van het eigen risico.
- 7.2. Hier vindt u informatie over de kosten waarmee u het eigen risico afbouwt.
- 7.3. Hier vindt u informatie over de kosten waarmee u het eigen risico afbouwt bij een ziekenhuisopname.
- 7.4. Hier vindt u informatie over de kosten waarmee u het eigen risico afbouwt bij het einde van uw verzekering of de overstap naar een W.T.Z.-verzekering.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

7.1. De hoogte van het eigen risico

7.1.1. Eigen risico

Als u bij ons een hoofdverzekering afsluit, stellen wij voor deze verzekering per jaar een eigen risico vast. Het eigen risico is het bedrag dat alle verzekerden die op de polis staan samen jaarlijks aan hun ziektekosten zelf moeten betalen. Pas als dit bedrag is uitgegeven krijgt u de overige kosten die dat jaar onder de dekking van uw verzekering vallen door ons betaald. Het eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen, behalve als in het Vergoedingen Overzicht bij een bepaalde aanvullende verzekering staat dat het eigen risico wel van toepassing is.

Toelichting: U heeft voor u en uw drie kinderen een Zorgverzekering afgesloten. Wij hebben het eigen risico voor de hoofdverzekering van de Zorgpolis vastgesteld op bijvoorbeeld € 500,-. Dit betekent dat de eerste € 500,- aan kosten die uw gezin maakt en die onder de dekking van deze verzekering vallen voor uw eigen rekening zijn. Het maakt niet uit wie van uw gezinsleden deze kosten maakt. Hierna krijgt u de verdere kosten die u maakt door ons betaald, mits ze onder de dekking van uw verzekering vallen.

7.1.2. Vaststellen van het eigen risico in het algemeen

Elk jaar op 1 januari stellen wij de hoogte van het eigen risico opnieuw vast. Dit doen wij op basis van:

- a. het aantal verzekerden;
- b. hun leeftijd op het moment dat u de verzekering afsloot;
- c. hun huidige leeftijd;
- d. de ziekenhuisklasse die u koos;
- e. de soort verzekering of combinatie van verzekeringen die u afsloot.

Toelichting: U heeft een Basisverzekering afgesloten. Voor deze Basisverzekering hebben wij uw eigen risico vastgesteld op bijvoorbeeld € 700,-. Op 5 mei krijgt u een kind, dat bijgeschreven wordt op de Basisverzekering. Pas in januari daarna stellen wij uw eigen risico opnieuw vast. Voor het resterend deel van het jaar blijft het eigen risico dus hetzelfde, ook al wordt uw kind op de polis bijgeschreven. Voor het nieuwe jaar zal uw eigen risico hoger zijn dan het vorige jaar omdat er door uw gezinsuitbreiding meer verzekerden op de polis staan.

7.1.3. Vaststellen van het eigen risico als de verzekering in de loop van het jaar ingaat

Als uw verzekering in de loop van het jaar ingaat, berekenen wij het eigen risico voor dat jaar als volgt:

- a. we bepalen het eigen risico over een geheel jaar;
- b. deze delen we door twaalf;
- c. we vermenigvuldigen de uitkomst met het aantal resterende maanden van het jaar waarin u uw verzekering afsluit (de maand waarin u de verzekering begint telt mee).

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Toelichting: U sluit met ingang van 5 april bij ons een Basisverzekering af. Wij stellen het eigen risico vast op bijvoorbeeld € 1.200,- per jaar. Uw eigen risico over het eerste jaar dat u bij ons verzekerd bent bedraagt:

- € 1.200,- : 12 = € 100,- eigen risico per maand
- € 100,- X 9 maanden (april telt mee!) = € 900,-

De eerste € 900,- aan kosten die u maakt en die onder de dekking van de Basisverzekering vallen, zijn voor uw eigen rekening. Daarmee wordt uw eigen risico afgebouwd. Maakt u hierna kosten die onder dekking van uw verzekering vallen, dan krijgt u deze van ons vergoed.

7.1.4. Vaststellen van het eigen risico bij overstap van een W.T.Z.-verzekering naar een andere verzekering in de loop van het jaar

Als u in de loop van het jaar overstapt van een W.T.Z.-verzekering bij ons naar een andere verzekering bij ons, dan berekenen wij het eigen risico voor die nieuwe verzekering voor dat jaar als volgt:

- a. we bepalen het eigen risico over een geheel jaar;
- b. deze delen we door twaalf;
- c. we vermenigvuldigen de uitkomst met het aantal resterende maanden van het jaar waarin u uw verzekering afsluit (als de verzekering in de loop van de maand begint – dus na de eerste dag van die maand – telt die maand **in dit geval niet** mee).

Toelichting: Stel: U heeft bij ons een W.T.Z.-verzekering. U sluit met ingang van 5 april bij ons een Basisverzekering af. Wij stellen het eigen risico vast op bijvoorbeeld € 1.200,- per jaar. Uw eigen risico over het eerste jaar dat u bij ons verzekerd bent bedraagt:

- € 1.200,- : 12 = € 100,- eigen risico per maand
- € 100,- X 8 maanden (april telt **niet** mee!) = € 800,-

De eerste € 800,- aan kosten die u maakt en die onder de dekking van de Basisverzekering vallen, zijn voor uw eigen rekening. Daarmee wordt uw eigen risico afgebouwd. Maakt u hierna kosten die onder dekking van uw verzekering vallen, dan krijgt u deze van ons vergoed.

7.2. Afbouwen van het eigen risico

In de loop van het jaar wordt uw eigen risico afgebouwd. Dit gebeurt doordat u in dat betreffende jaar kosten maakt die onder de dekking van de hoofdverzekering vallen. U betaalt deze kosten net zo lang zelf tot het eigen risico tot € 0,- is afgebouwd.

Staat het eigen risico op € 0,-, dan krijgt u de verzekerde kosten die u in dat jaar maakt voortaan van ons vergoed. In januari van het jaar daarop bepalen wij opnieuw de hoogte van het eigen risico. U begint dan weer van voren af aan met afbouwen.

Voor bepaalde kosten geldt **geen** eigen risico. U krijgt deze kosten meteen vergoed, mits ze voldoen aan alle verdere voorwaarden voor vergoeding. Het gaat om kosten die vallen onder de dekking van een aanvullende verzekering, **behalve**:

- a. bij een aanvullende Klassenverzekering; of

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- b. bij een andere aanvullende verzekering, als in het Vergoedingen Overzicht staat dat het eigen risico daar wel op van toepassing is.

Voor deze kosten geldt namelijk geen eigen risico. U krijgt deze kosten meteen vergoed, mits ze voldoen aan alle verdere voorwaarden voor vergoeding.

7.3. Afbouwen van het eigen risico bij zorg “over het jaar heen”

Als sprake is van een behandeling of vorm van zorg die niet eindigt in hetzelfde jaar als dat hij begon, verrekenen wij alle daarmee samenhangende kosten alleen met het eigen risico van het jaar waarin uw behandeling of vorm van zorg begon. De behandeling of vorm van zorg kan betrekking hebben op:

- a. een niet onderbroken opname in een ziekenhuis, al dan niet bij ons gedeclareerd in de vorm van een diagnose behandel combinatie (D.B.C.);
- b. zorg in de vorm van een diagnose behandel combinatie (D.B.C.);
- c. verloskundige hulp.

Alleen voor het jaar 2005: als een diagnose behandel combinatie (D.B.C.) bij ons wordt gedeclareerd in het jaar 2005, dan wordt deze geheel met uw (dan nog resterend) eigen risico van het jaar 2005.

Toelichting: Op 29 december wordt u opgenomen in het ziekenhuis. Uw openstaande eigen risico bedraagt op dat moment € 250,-. U wordt uit het ziekenhuis ontslagen op 3 januari. U ligt dus drie dagen van het ene jaar en drie dagen van het daaropvolgende jaar in het ziekenhuis. De rekening voor deze zesdaagse opname bedraagt € 3.000,-. Door het eigen risico zijn de eerste € 250,- voor uw rekening. Daarna vergoeden wij de verdere kosten (€ 2.750,-), ook al is uw eigen risico op 1 januari opnieuw ingegaan.

7.4. Niet afbouwen van het eigen risico bij het einde van de verzekering

Eindigt uw verzekering in de loop van het jaar, dan verminderen wij uw eigen risico of wat daar nog van over is niet. Ook niet als de verzekering eindigt voor alle verzekerden. Wij verrekenen het reeds afgebouwde (deel van het) eigen risico ook niet met een geldbedrag. In artikelen 7.4.1. en 7.4.2. staan de uitzonderingen genoemd.

7.4.1. Afbouwen van het eigen risico bij het einde van de verzekering of overstap naar een andere (ziekenfonds) verzekering

Als uw verzekering in de loop van het jaar eindigt, verminderen wij uw eigen risico of wat daar nog van over is in de volgende gevallen wel:

- a. u sluit in directe aansluiting op de beëindigde verzekering voor alle verzekerden een nieuwe hoofdverzekering bij ons af of een ziekenfondsverzekering bij het CZ Ziekenfonds;
- b. de verzekering wordt beëindigd doordat de laatste verzekerde overlijdt.

In deze gevallen berekenen wij het eigen risico van het laatste jaar opnieuw door:

- a. het eigen risico van het laatste jaar te delen door twaalf (aantal maanden per jaar);
- b. de uitkomst te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekering betrekking had (de maand waarin de verzekering eindigt, telt als volle maand mee).

Voor zover het totaal van de ingediende nota's die wij verrekenend hebben met het eigen risico

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

boven dit bedrag uitkomt, wordt dit alsnog aan u uitbetaald.

Toelichting: Wij hebben uw eigen risico voor het lopende jaar vastgesteld op bijvoorbeeld € 1.200,-. U heeft daarvan € 800,- afgebouwd. Uw openstaande eigen risico is dus nog € 400,-. Op 7 mei stapt u over van een hoofdverzekering naar het ziekenfonds van CZ. Wij berekenen als volgt of en hoeveel geld u van ons terugkrijgt:

- € 1.200,- (eigen risico jaar) : 12 maanden = € 100,- per maand
- € 100,- x 5 = € 500,- (eigen risico over eerste vijf maanden)
- € 800,- (afgebouwd eigen risico) min € 500,- = € 300,-.

In dit voorbeeld betalen wij u € 300,- terug.

7.4.2. Afbouwen van het eigen risico bij overstap naar een W.T.Z.-verzekering

Wij verminderen uw eigen risico of wat daar nog van over is ook, als de verzekering voor u of één van de verzekerden in de loop van het jaar eindigt en u in directe aansluiting daarop overstapt naar een W.T.Z.-verzekering bij ons. Dit doen wij ongeacht of de verzekering wordt beëindigd (na de overstap blijven er geen verzekerden meer over) of de verzekering blijft bestaan (na de overstap zijn er nog wel een of enkele verzekerden over).

In deze gevallen berekenen wij het eigen risico van het laatste jaar opnieuw door:

- a. het eigen risico van het laatste jaar te delen door twaalf (aantal maanden per jaar);
- b. de uitkomst te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekering betrekking had (de maand waarin de verzekering eindigt, telt niet als volle maand mee).

Voor zover het totaal van de ingediende nota's die wij verrekenend hebben met het eigen risico boven dit bedrag uitkomt, wordt dit alsnog aan u uitbetaald.

8. Uitsluitingen

Waar vindt u welke informatie?

- 8.1. Hierin vindt u informatie over de kosten in verband met een bestaande ziekte bij de aanvraag van een verzekering die wij niet vergoeden.
- 8.2. Hierin vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden als zij onder een andere verzekering (kunnen) vallen.
- 8.3. Hierin vindt u informatie over de kosten van bepaalde behandelingen die wij niet vergoeden.
- 8.4. Hierin vindt u informatie over kosten door eigen bijdrage die wij niet vergoeden.
- 8.5. Hierin vindt u informatie over kosten van omwisselen van valuta die wij niet vergoeden.
- 8.6. Hierin vindt u informatie over de kosten ontstaan door geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude die wij niet vergoeden.
- 8.7. Hierin vindt u informatie welke kosten ontstaan door atoomkernreacties die wij niet vergoeden.

8.1. kosten door bestaande ziekte bij aanvraag verzekering

Kosten die ontstaan ten gevolge van een ziekte of afwijking die u al had voor de aanvraag van

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

de verzekering vergoeden wij **niet** als de ziekte of afwijking bij de aanvraag van de verzekering:

- a. al bij u (verzekerde of verzekeringnemer) bekend was; of
 - b. al klachten veroorzaakte,
- terwijl u (verzekerde of verzekeringnemer) dit niet aan ons heeft gemeld.

8.2. kosten die onder een andere verzekering vallen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten die u vergoed zou kunnen krijgen uit:
 - 1) een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum;
 - 2) een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling;
 - 3) een regeling van overheidswege of een subsidieregeling,als de verzekering die u bij ons heeft afgesloten niet zou hebben bestaan;
- b. kosten die verband houden met een behandeling waarop u recht zou hebben uit:
 - 1) een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum;
 - 2) een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling;
 - 3) een regeling van overheidswege of subsidieregelingals de verzekering die u bij ons heeft afgesloten niet zou hebben bestaan.
- c. kosten:
 - 1) die verband houden met een spoedeisende behandeling in het buitenland, en;
 - 2) voor zover die vallen onder de dekking van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering, inclusief een dekking voor medische kosten in het buitenland (zie ook artikelen 2.55.1. en 2.55.2.), of voor zover die op andere gronden door de (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgesloten, en;
 - 3) die bij ons worden gedeclareerd door de (reis)verzekeraar, bij wie de (reis)verzekering afzonderlijk is gesloten.

8.3. kosten van bepaalde behandelingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet algemeen medisch erkend is volgens de in Nederland geldende medische normen of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
- b. kosten die verband houden met psycho-analyse en medisch opvoedkundige kwesties;
- c. kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk. Wij vergoeden de kosten wel als er sprake is van:
 - 1) een verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte; of
 - 2) een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is.
- d. kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie die u vrijwillig heeft ondergaan;
- e. kosten die veroorzaakt zijn door of verband houden met onderzoeken, controles en behandelingen van preventieve aard en/of bevolkingsonderzoeken. Wij vergoeden de kosten wel als deze volgens de voorwaarden onder de dekking van uw verzekering vallen;
- f. kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- 1) keuringen;
- 2) het afgeven van attesten;
- 3) vaccinaties met betrekking tot kinderziekten en reizen.

Wij vergoeden de kosten wel als:

- 1) deze volgens de voorwaarden onder de dekking van uw verzekering vallen, of
 - 2) in de Regeling Farmaceutische Zorg is bepaald dat u deze wel vergoed krijgt.
- g. kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet het doel heeft de ziekte of ziekteverschijnselen te bestrijden of verergering van de ziekte te voorkomen;
- h. kosten die verband houden met orthodontische behandelingen op (nagenoeg) geheel esthetische indicatie;
- i. kosten die verband houden met:
- 1) zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek;
 - 2) sportmassage;
 - 3) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - 4) E.H.B.O.-cursussen en/of bedrijfshulpverleningscursussen.
- j. kosten die verband houden met collectieve behandelingen of behandelingen in groepsverband, tenzij deze volgens de voorwaarden wel vergoed worden;
- k. kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt of verzuimt;
- l. kosten die verband houden met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens.

8.4. kosten door eigen bijdrage

De eigen bijdragen die u moet betalen op grond van de A.W.B.Z. vergoeden wij **niet**. Wij vergoeden deze kosten wel als deze volgens de voorwaarden onder de dekking van uw verzekering vallen. Zie daarvoor bijvoorbeeld de artikelen 2.37.1. en 2.58..

8.5. kosten door omwisselen muntsoort

Kosten die verband houden met het omwisselen en betalen in vreemde valuta of betaling op bankrekeningen buiten Nederland vergoeden wij **niet**.

8.6. kosten door geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
- 1) een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand of binnenlandse onlusten;
 - 2) oproer of mouterij;
 - 3) terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk "terrorismerisico" te noemen). Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen worden echter wel vergoed voor zover zij zijn te voldoen uit het bedrag dat wij onder de herverzekering ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) te Amsterdam. Onder de herverzekering vallen kosten van deze gebeurtenissen als die in Nederland plaatsvinden, maar ook als zij in het buitenland plaatsvinden. Van deze herverzekering en dus van vergoeding zijn uitgesloten kosten van verzekerden die buiten Nederland wonen.

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

Wij gaan bij de vormen van geweld onder nummers 1 en 2 uit van de definities die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Deze tekst is in bewaring gegeven bij de Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag. Bij de vormen van geweld onder nummer 3 gaan wij uit van de definities die de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) heeft vastgelegd.

Toelichting 1: Terrorisme, kwaadwillige besmetting en preventieve maatregelen zijn bij de N.H.T. omschreven.

Onder terrorisme wordt verstaan "gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken".

Onder kwaadwillige besmetting wordt verstaan "het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken".

Onder preventieve maatregelen worden verstaan "van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken".

Toelichting 2: De herverzekering van de N.H.T. biedt dekking voor de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de N.H.T. aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

- b. kosten die ontstaan zijn:
- 1) door uw grove schuld, door uw (voorwaardelijk) opzet of met uw instemming;
 - 2) door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

3) de behandelende arts of therapeut;
doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig belemmert.

- c. kosten die verband houden met of het gevolg zijn van het (mede)plegen van, het medeplichtig zijn aan of het doen van een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Onder fraude verstaan wij het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke gronden en/of wijzen verkrijgen van een vergoeding van ons of een verzekeringsovereenkomst met ons.

Deze uitsluiting is niet alleen van kracht als u (verzekeringnemer of verzekerde) een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als een ander dit doet, die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener of leverancier).

In alle bovengenoemde gevallen vervalt elk recht op vergoeding, ook voor het gedeelte waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- 1) aangifte doen bij de politie;
- 2) de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- 3) registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- 4) uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

8.7. kosten door atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet. Zijn de kosten veroorzaakt door radio-actieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden, dan vergoeden wij deze wel onder de volgende voorwaarden:

- a. de Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- b. de plaats van de nucliden is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- c. volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde voor de geleden schade aansprakelijk.

Toelichting: Een voorbeeld van de kosten die wij vergoeden zijn de kosten van bestraling bij kankerpatiënten. Bij deze bestraling zijn atoomkernreacties betrokken. De kosten van deze bestraling vergoeden wij wel, ook al hebben de kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

9. Beschikbare gegevens en registratie

noodzakelijke gegevens, toestemming en inlichtingen

Om uw verzekering goed uit te kunnen voeren, hebben wij van u nodig:

- de juiste gegevens (artikel 9.1);
- toestemming voor bepaalde handelingen (artikel 9.2);

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- en inlichtingen indien wij een derde aansprakelijk kunnen stellen (artikel 9.3). U bent verplicht ons deze gegevens, toestemming en inlichtingen tijdig te geven. Zolang u dit niet doet, vergoeden wij de kosten die u maakt niet en nemen onze verplichtingen tegenover u ook niet toe.

9.1 Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven

De gegevens van alle verzekerden op de polis moeten juist zijn en juist blijven. Iedere wijziging in deze gegevens kan van invloed zijn op uw rechten en plichten of op de samenstelling van uw verzekering. Die wijziging moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat tijdig, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op het moment van de wijziging. Doet u dit niet tijdig, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij vaststellen. Voorbeelden van deze wijzigingen zijn:

- a. adreswijziging
wij gaan ervan uit dat onze (schriftelijke) berichten u bereiken op het adres dat u het laatst aan ons hebt doorgegeven.
- b. wijzigingen in de gezinssamenstelling
een verzekerde maakt geen deel meer uit van uw gezin of er komt een verzekerde bij.
- c. beëindiging van de studie door één van de kinderen
voor niet studerende kinderen kan een andere premie gelden dan voor studerende kinderen.

Toelichting 1: Adreswijziging: Wij hebben de juiste gegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens verstaan wij daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, telefaxnummer, e-mailadres, etc.

Toelichting 2: Wijziging van de gezinssamenstelling: Door bijvoorbeeld geboorte of overlijden wijzigt de samenstelling van uw gezin en daarmee van de verzekering. Ook als uw kind trouwt, gaat studeren of gaat werken kan de samenstelling van uw verzekering veranderen. Als dat gebeurt, moet u dat aan ons doorgeven, zodat wij uw verzekering kunnen wijzigen.

9.2 Toestemming

U geeft ons vanaf het moment dat de verzekering ingaat toestemming om:

- a. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te vragen als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de verzekering na te kunnen komen;
- b. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de verzekering na te kunnen komen of de uitvoering van uw verzekering doelmatiger te laten verlopen;
- c. namens u met zorgverleners en leveranciers van goederen te onderhandelen over de kosten en zonodig (en dan op onze kosten) tegen hen te procederen;
- d. de persoonlijke gegevens van u die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw verzekering(en) op te nemen in onze administratie. Op onze persoonsregistratie is een reglement van toepassing. U kunt dit reglement bij ons inzien of een

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

- exemplaar ervan bij ons opvragen. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Wij sturen u dan een exemplaar toe;
- e. de persoonlijke gegevens van u waarover wij beschikken te gebruiken, te verstrekken aan derden of ermee te procederen met het doel fraude en oneigenlijk handelen te voorkomen, te beperken of te bestrijden.

Toelichting: informatie geven aan derden: Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandeld heeft, weet hoe u bent verzekerd. Die informatie kunnen wij hem geven. Zie onder letter b.

9.3 U geeft inlichtingen aan ons

Als wij een derde partij aansprakelijk kunnen stellen voor de kosten die u bij ons heeft gedeclareerd, moet u ons hiervan direct op de hoogte stellen en de juiste inlichtingen geven.

10. Verandering van de voorwaarden

10.1 Ons recht op verandering

Wij hebben het recht:

- a. de verzekeringsvoorwaarden;
- b. de hoogte van de premie;
- c. de hoogte van het eigen risico

tijdens de duur van de verzekering te veranderen. Dit mogen wij zowel voor één of meer soorten verzekering als voor alle verzekeringen doen. Kijkt u voor meer informatie in artikelen 5.2.1.b, 5.2.2.b, 5.3.1.b en 5.3.2.b.

*Toelichting: Onder een verandering verstaan wij in dit artikel een verandering die geldt in het **algemeen** en die dus niet alleen op u van toepassing is. Het gaat in dit artikel bijvoorbeeld om een verandering van de premie doordat de ziekenhuistarieven zijn gestegen. Maar het gaat in dit artikel niet om individuele veranderingen, zoals een verhoging van uw eigen risico doordat u in een andere leeftijdscategorie terecht komt (zie hiervoor ook artikel 10.3.c).*

10.2 Uw recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen

Als u het niet eens bent met de verandering van:

- a. de verzekeringsvoorwaarden;
- b. de hoogte van de premie;
- c. de hoogte van het eigen risico

kunt u uw verzekering opzeggen of wijzigen. U moet ons dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk laten weten. De lopende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Wilt u uw verzekering wijzigen, dan eindigt de lopende verzekering op het moment dat de verandering ingaat en gaat dan meteen de nieuwe verzekering in. Heeft u ons binnen 30 dagen geen schriftelijke opzegging gestuurd,

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

dan gaan wij ervan uit dat u instemt met de verandering. U kunt uw verzekering niet opzeggen of wijzigen in de gevallen die genoemd worden in artikel 10.3.

10.3 Geen recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen bij een verandering

U heeft niet het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen als:

- a. u collectief verzekerd bent (zie hiervoor artikel 5.4);
- b. het gaat om een verandering van de voorwaarden, de premie of het eigen risico:
 - 1) als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
 - 2) die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaart;
 - 3) doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt die van belang is voor de hoogte van uw premie en eigen risico;
 - 4) die geen betrekking heeft op de verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten;
 - 5) doordat er een nieuw jaar aanbreekt waarbij het eigen risico automatisch wordt aangepast.

11. Wat kunt u ondernemen bij klachten en geschillen?

Heeft u klachten over ons? Laat het ons weten. Wij zullen de klacht zo goed mogelijk behandelen. Lukt dat naar uw mening niet, dan leest u in dit artikel welke acties u in dat geval verder kunt ondernemen.

11.1. schriftelijk bericht aan de Raad van Bestuur

Als u niet akkoord gaat met de manier waarop wij in een bepaald geval uw verzekering uitvoeren of als u andere klachten heeft, kunt u dit schriftelijk aan de Raad van Bestuur laten weten. U moet dit doen binnen 30 dagen nadat wij u het bericht over de uitvoering van uw verzekering hebben gestuurd of nadat de aanleiding van uw klacht is ontstaan. U kunt een brief sturen naar één van onze kantoren ter attentie van de Raad van Bestuur (zie adressen voor in dit boekje).

11.2. reactie binnen 60 dagen

De Raad van Bestuur beslist over uw klacht en stelt u binnen 60 dagen nadat uw klacht is ontvangen, van deze uitkomst op de hoogte.

11.3. naar de rechter of Ombudsman

Gaat u niet akkoord met de beslissing die de Raad van Bestuur heeft genomen en zijn uw klachten naar redelijke verwachtingen niet weggenomen? U heeft dan de volgende mogelijkheden:

- a. u kunt het geschil voorleggen aan de rechter.
- b. u kunt het geschil ook voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman bemiddelt bij klachten, maar doet geen bindende uitspraken en brengt geen bindend advies uit. Het adres van de Ombudsman staat voor in dit boekje.

12. Tot slot

C Z A L G E M E N E V O O R W A A R D E N

In alle gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien beslist onze Raad van Bestuur hoe daarmee om wordt gegaan.

BIJLAGE 1 (bij artikel 2.12.1.)

ZVB 2004 0078 svri1 N
TOF 2004 0053

Model tot uitvoering van Convenant Geneesmiddelen 2005

1. De verzekerde heeft aanspraak op geneesmiddelen, voor zover omschreven in en onder de voorwaarden van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, en nader uitgewerkt in de Regeling Farmaceutische hulp incl. bijlagen.
2. CZ kan ingevolge artikel 9a Verstrekkingenbesluit bij Reglement nadere voorwaarden aan de aanspraak stellen.
3. Per 1 januari 2004 zijn de volgende bepalingen in het Verstrekkingenbesluit opgenomen:
 - a. CZ kan schriftelijk vaststellen dat de bij hem ingeschreven verzekerden in afwijking van artikel 9 Verstrekkingenbesluit, eerste lid, aanhef en onder a, slechts aanspraak hebben op aflevering van de door hem aangewezen geregistreerde geneesmiddelen.
 - b. De aanwijzing geschiedt zodanig dat de werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen, aangewezen ingevolge artikel 9, eerste lid, aanhef en onder a Verstrekkingenbesluit, voor de verzekerden beschikbaar zijn.
 - c. Een beperking van de aanspraak als bedoeld in het eerste lid onder 3a is niet van toepassing voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor een verzekerde medisch niet verantwoord is.
4. In 2005 zal CZ de aanspraak op vergoeding beperken binnen de groep maagzuurremmers (met de stofnaam Omeprazol) en binnen de groep cholesterolverlagers (met de stofnamen Simvastatine en Pravastatine) tot het middel met de laagste prijs en de middelen waarvan de prijs maximaal 5% daarvan afwijkt.
5. Op de vergoeding van het geneesmiddel is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.
6. Indien CZ geregistreerde geneesmiddelen voor vergoeding aanwijst conform artikel 9 Verstrekkingenbesluit en/of indien de lijst van geneesmiddelen waarvoor toestemming is vereist zich wijzigt, zal CZ dit kenbaar maken aan verzekerden door middel van publicatie in een of meer landelijke dagbladen of de Staatscourant, op de website van CZ (www.CZ.nl), in CenZ of op andere schriftelijke wijze. Ook apotheehoudenden en voorschrijvers zullen hierover worden ingelicht.