

VERZEKERINGSVOORWAARDEN VAN DE

* Instapverzekering:		artikel 1 t/m 9, 10 t/m 31 en 65;
* Studenten-Instapverzekering:		artikel 1 t/m 9, 10 t/m 31 en 65;
* Aanvullende ziektekostenverzekeringen:		
- pakket 1	Jongeren Xtra Verzekering:	artikel 1 t/m 9, 33 t/m 36, 38, 40, 52, 56, 58, 61, 63 en 65;
- pakket 2	Beperkte Aanvullende Verzekering:	artikel 1 t/m 9, 32, 34 t/m 45, 47 t/m 50, 52 t/m 53, 55, 57 en 65;
- pakket 3	Uitgebreide Aanvullende Verzekering:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 56, 58 en 65;
- pakket 4	Plusverzekering:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 55, 57, 59 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
- pakket 5	Plusverzekering met Luxe Tandheerkunde:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 55, 57 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
- pakket 6	Plus Integraalverzekering:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 56, 58 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
- pakket 7	Plus Integraalverzekering met Luxe Tandheerkunde:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
- pakket 8	Optimaalverzekering:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 55, 57, 59 t/m 60 en 62 t/m 65;
- pakket 9	Optimaalverzekering met Luxe Tandheerkunde:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 55, 57 t/m 60 en 62 t/m 65;
- pakket 10	Optimaalverzekering met Tand-Risk:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 56 en 58 t/m 60 en 62 t/m 65;
- pakket 11	Optimaalverzekering met Tand-Risk en Luxe Tandheerkunde:	artikel 1 t/m 9, 32 t/m 60 en 62 t/m 65;
- pakket 12	Daggeldverzekering:	artikel 1 t/m 9 en 66;
- pakket 13	Suppletieverzekering:	artikel 1 t/m 9 en 67,

geldend vanaf 1 januari 2001.

Toelichting

Zorgverzekeraar VGZ heeft een aantal samenhangende verzekeringspakketten voor zowel particulier verzekerden als ziekenfondsverzekerden. Dit komt tot uitdrukking in deze verzekeringsvoorwaarden.

De voorwaarden hebben betrekking op de Instapverzekering (voor particulier verzekerden) en op de verschillende aanvullende ziektekostenverzekeringen (voor zowel particulier verzekerden als ziekenfondsverzekerden). Al deze verzekeringen worden opgesomd in artikel 2 "Algemene bepalingen" onder lid 2.

De opbouw van de verzekeringsvoorwaarden is als volgt.

Het algemene gedeelte bestaat uit de artikelen 1 tot en met 9. Dit gedeelte geldt in beginsel voor alle verzekeringen. Sommige bepalingen in dit algemene gedeelte regelen iets voor één of meer met name genoemde verzekeringen. Dit blijkt dan uit de tekst van de bepaling zelf. De artikelen 10 tot en met 67 bevatten de vergoedingsregelingen van de verschillende verzekeringen.

De opsomming in het tweede lid van artikel 2 "Algemene bepalingen" geeft aan, welke artikelen bij welke verzekeringen horen; aan de hand daarvan kunt u nagaan welke artikelen voor u van belang zijn.

In sommige van die artikelen wordt, voor wat betreft de hoogte van de vergoeding of de voorwaarden die gelden, onderscheid gemaakt tussen verschillende verzekeringspakketten.

Om uw rechten te kunnen bepalen moet u dan letten op het verzekeringspakket dat voor u van toepassing is.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1. **VGZ:** de onderlinge waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar VGZ ua, gevestigd te Nijmegen.
- 1.2. **Ziekenfonds VGZ:** de Stichting Ziekenfonds VGZ, gevestigd te Nijmegen.
2. **Basisziektekostenverzekering:**
 - 2.1. **Ziekenfondsverzekering:** de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.
 - 2.2. **Instapverzekering:** de zogenoemde particuliere basisverzekering van VGZ.
 - 2.3. **Studenten-Instapverzekering:** de zogenoemde particuliere basisverzekering van VGZ bestemd voor studenten.
 - 2.4. **Standaard(pakket)polis:** de verzekeringsovereenkomst als bedoeld in de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ), waaronder begrepen de Studentenstandaardpakketpolis.
3. **Aanvullende ziektekostenverzekeringen:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die gesloten (kunnen) worden als aanvulling op een basisziektekostenverzekering en alsdan deel uitmaken van de verzekeringsovereenkomst.
4. **AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 5.1. **Verzekeringsovereenkomst:** de met VGZ gesloten verzekeringsovereenkomst.
- 5.2. **Verzekeringnemer:** de persoon die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
- 5.3. **Verzekerde:** diegene die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.
- 6.1. **Gezin:**
 - 6.1.1. twee gehuwden, al dan niet met ongehuwde kinderen;
 - 6.1.2. twee ongehuwden, dan wel twee geregistreerde partners die aangetoond duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren, al dan niet met ongehuwde kinderen;
 - 6.1.3. een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen.
- 6.2. **Kinderen:**
 - 6.2.1. ongehuwde eigen dan wel adoptiekinderen tot 18 jaar;
 - 6.2.2. ongehuwde studerende dan wel gehandicapte eigen of adoptiekinderen van 18 tot 27, jaar mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000, een uitkering uit hoofde van de Wet Tegemoetkoming Studiekosten of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.
7. **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling in een ziekenhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden polikliniek en die op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening gebracht mogen worden (zoals kosten voor röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer).
8. **Audiologisch centrum:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling.
9. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigde instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
10. **Centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:** een in Nederland gelegen c.q. gevestigd universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
11. **Kraamcentrum:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling waarmee VGZ een overeenkomst heeft gesloten.
12. **Kraaminrichting:** een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling.
13. **Sport Medisch Adviescentrum:** een in Nederland gele c.q. gevestigde instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sport Medisch Adviescentra.
14. **Zelfstandig behandelcentrum:** een in Nederland gelegen centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.
15. **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.
16. **Acupuncturist:** een in Nederland gevestigde acupuncturist, die lid is van de NVA (Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur), NGvA (Nederlands Genootschap voor Acupunctuur), NAAS (Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de NAAV (Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging).
17. **Apotheker:** een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

18. **Arts:** een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
19. **Chiropractor:** een in Nederland gevestigde chiropractor (D.C.).
20. **Eerstelijns-psycholoog:** een in Nederland gevestigde eersteelijns-psycholoog, die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) geregistreerd staat als psycholoog met beroepsaantekening op het gebied van de eerstelijns, dan wel een klinisch psycholoog die als eerstelijns-psycholoog is ingeschreven in het register Klinisch Psychologen van het NIP.
21. **Ergotherapeut:** een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
22. **Fysiotherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
23. **Homeopaat:** een in Nederland gevestigde homeopaat, die lid is van de NVKH (Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de VHAN (Vereniging van Homeopathisch Artsen Nederland).
24. **Huisarts:** een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die in de woon- of verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk als huisarts uitoefent.
25. **Kaakchirurg:** een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
26. **Kinderfysiotherapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
27. **Kraamverzorgende:** een in Nederland gevestigde als zodanig bij de bevoegde instantie geregistreerde beroepsbeoefenaar.
28. **Logopedist:** een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
29. **Manueel therapeut:** een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en die tevens als manueel therapeut staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
30. **Medisch specialist:** een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
31. **Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
32. **Orthodontist:** een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
33. **Osteopaat:** een in Nederland gevestigde osteopaat (D.O.).
34. **Podotherapeut:** een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
35. **Psychotherapeut:** een in Nederland gevestigde psychotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
36. **Tandarts:** een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
37. **Tandprotheticus:** een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
38. **Verloskundige:** een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
39. **Verpleegkundige:** een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Artikel 2 Algemene bepalingen

1. De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan VGZ zijn verstrekt. VGZ heeft het recht de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst in te roepen, indien de hiervoor bedoelde gegevens onjuist, onvolledig of in strijd met de waarheid waren of indien omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard waren, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, wanneer VGZ van die omstandigheden kennis had gekregen.
2. De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad

vermelde of op andere schriftelijke wijze aan de verzekeringnemer bevestigde verzekeringen.

Deze van de verzekeringsovereenkomst deel uitmakende verzekeringsvoorwaarden zijn als volgt, met de daarbij aangegeven artikelen, van toepassing op de onderscheiden verzekeringen:

- * **Instapverzekering:** artikel 10 t/m 31 en 65;
- * **Studenten-Instapverzekering:** artikel 10 t/m 31 en 65;
- * **Aanvullende ziektekostenverzekeringen:**
 - **pakket 1 Jongeren Xtra Verzekering:** artikel 33 t/m 36, 38, 40, 52, 56, 58, 61, 63 en 65;
 - **pakket 2 Beperkte Aanvullende Verzekering:** artikel 32, 34 t/m 45, 47 t/m 50, 52 t/m 53, 55, 57 en 65;
 - **pakket 3 Uitgebreide Aanvullende Verzekering:** artikel 32 t/m 56, 58 en 65;
 - **pakket 4 Plusverzekering:** artikel 32 t/m 55, 57, 59 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
 - **pakket 5 Plusverzekering met Luxe Tandheelkunde:** artikel 32 t/m 55, 57 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
 - **pakket 6 Plus Integraalverzekering:** artikel 32 t/m 56, 58 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
 - **pakket 7 Plus Integraalverzekering met Luxe Tandheelkunde:** artikel 32 t/m 60, 62 t/m 63 en 65;
 - **pakket 8 Optimaalverzekering:** artikel 32 t/m 55, 57, 59 t/m 60 en 62 t/m 65;
 - **pakket 9 Optimaalverzekering met Luxe Tandheelkunde:** artikel 32 t/m 55, 57 t/m 60 en 62 t/m 65;
 - **pakket 10 Optimaalverzekering met Tand-Risk:** artikel 32 t/m 56, 58 t/m 60 en 62 t/m 65;
 - **pakket 11 Optimaalverzekering met Tand-Risk en Luxe Tandheelkunde:** artikel 32 t/m 60 en 62 t/m 65;
 - **pakket 12 Daggeldverzekering:** artikel 66;
 - **pakket 13 Suppletieverzekering:** artikel 67.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn de artikelen 1 tot en met 9 op alle verzekeringen van toepassing.

3. Recht op enige vergoeding op grond van de verzekering bestaat eerst dan, indien de verzekerde op de betrokken vorm van zorg naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, rekening houdend met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid.
4. Vergoeding, voorzover tariefgebonden, vindt uitsluitend plaats op basis van rechtsgeldige tarieven óf (indien de wet niet van toepassing is op een tarief) op basis van het door VGZ met de betrokken beroepsbeoefenaar of instelling overeengekomen tarief.
Indien een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens VGZ overeengekomen tarief.
Indien VGZ meer vergoedt dan waartoe zij gehouden is, is VGZ gerechtigd tot terugvordering op eigen naam van het door de verzekerde aan de beroepsbeoefenaar of instelling teveel betaalde. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent verzekeringnemer hiertoe volmacht aan VGZ.
5. Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking kosten van zorg, verleend door in Nederland gevestigde beroepsbe-

oefenaren en instellingen met uitzondering van het bepaalde in de artikelen 11, 14, 65 en 67.2.

6. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender) jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgverlener opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.
7. VGZ heeft het recht om kosten, op vergoeding waarvan de verzekeringnemer jegens VGZ aanspraak kan maken op grond van de basisziektekostenverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering, rechtstreeks te betalen aan de beroepsbeoefenaar of instelling, die de zorg heeft verleend. Met zodanige betaling vervalt de aanspraak van de verzekeringnemer op vergoeding.
8. Indien VGZ rechtstreeks aan beroepsbeoefenaren of instellingen kosten betaalt, die vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico dan wel anderszins voor rekening van de verzekeringnemer komen op grond van de basisziektekostenverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering, is de verzekeringnemer die kosten verschuldigd aan VGZ.
9. Op de in lid 8 bedoelde vordering van VGZ op de verzekeringnemer zijn de leden 5 t/m 7 van artikel 4 op overeenkomstige wijze van toepassing.
10. Indien de aanvullende ziektekostenverzekering een latere ingangsdatum kent dan de basisziektekostenverzekering dan worden de kosten gemaakt gedurende een periode van zes maanden na ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering niet vergoed.

Indien de verzekeringnemer met een aanvullende ziektekostenverzekering deze aansluitend wijzigt in een aanvullende ziektekostenverzekering met een uitgebreidere vergoeding dan worden de kosten, waarvoor een uitgebreidere vergoeding geldt, gedurende een periode van zes maanden na ingangsdatum van de gewijzigde aanvullende ziektekostenverzekering niet vergoed.
11. De in het vorige lid genoemde wachttijden zijn niet van toepassing op de Jongeren Xtra Verzekering (pakket 1).
12. Op de verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3 Kinderen

De verzekeringnemer kan voor zijn kinderen ongeacht de gezondheidstoestand een verzekering aangaan, mits aanmelding daarvoor heeft plaatsgevonden binnen een maand na de geboorte.

De verzekeringnemer kan voor zijn adoptiefkinderen met ingang van de datum van de feitelijke opnemings van het kind in het gezin in Nederland een verzekering aangaan, met dien verstande dat afhankelijk van acceptatie door VGZ op grond van de gezondheidstoestand van het kind een (Studenten-)Instapverzekering of een verzekeringsovereenkomst op basis van de Standaardpakketpolis kan worden gesloten.

Artikel 4 Premie

1. De premies voor de onderscheiden verzekeringen worden door VGZ vastgesteld.
2. Voor bepaalde groepen van verzekerden en voor bepaalde verzekeringen gelden (leeftijdsafhankelijke) kortingen of toeslagen op de premies. Bereikt de verzekerde een leeftijd die een wijziging van de korting of het intreden van een toeslag met zich meebrengt, dan gaat de nieuwe premie in op de eerste dag van de daaropvolgende maand.
3. De premie is door verzekeringnemer bij vooruitbetaling verschuldigd in maandelijkse termijnen. Indien VGZ de premie niet of niet tijdig incasseert, is de verzekeringnemer niettemin gehouden tot tijdige premiebetaling.
4. VGZ en verzekeringnemer kunnen nader overeenkomen, onder daarbij te bepalen condities, dat de premie ineens en vooruit wordt voldaan voor één of meer jaren.
Is de premie niet binnen 30 dagen na aanmaning voldaan, dan vervallen de aanspraken op uitkeringen uit hoofde van de verzekering met ingang van de eerste dag van de periode waarover de achterstallige premie is verschuldigd. Verval van aanspraken laat onverlet de verplichting tot (verdere) premiebetaling. De aanspraken gaan weer in vanaf de dag, waarop VGZ de achterstallige premie met inbegrip van de (buiten)gerechtelijke incassokosten heeft ontvangen, doch uitsluitend ten aanzien van kosten die nadien ontstaan zijn en niet voorzienbaar waren.
6. Alle door VGZ te maken kosten van invordering van achterstallige premie komen voor rekening van de verzekeringnemer. Deze kosten, voorzover buiten rechte gemaakt, worden gesteld op 20% van de achterstallige premie.
7. De verzekeringnemer heeft niet het recht de verschuldigde premie te verrekenen met van VGZ te vorderen vergoedingen.
8. Voor de toepassing van de leden 3 tot en met 7 van dit artikel worden de bijdragen, die VGZ op grond van wettelijke verplichtingen aan verzekerden in rekening brengt, als premie beschouwd.

Artikel 5 Overige verplichtingen

1. De verzekeringnemer brengt VGZ schriftelijk op de hoogte van voor de verzekering van belang zijnde wijzigingen, binnen een maand na het ontstaan daarvan.
Wijzigingen als hier bedoeld zijn onder meer:
- verandering van adres;
- aangaan van een huwelijk, aangaan van een relatie, geboorte, overlijden;
- echtscheiding, beëindiging van een relatie;
- wijziging bank-/gironummer;
- ontstaan of vervallen van recht op inschrijving in de ziektefondsverzekering of een andere ziektekostenregeling.
Indien door verzuim van de verzekeringnemer ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terugbetaling.
2. Kennisgeving aan de verzekeringsnemer, gericht aan diens

laatst bekende adres, worden geacht de verzekernemer te hebben bereikt.

3. De verzekerde verleent alle medewerking bij het verkrijgen van inlichtingen (met name van derden) of bij onderzoeken die nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
4. De verzekerde informeert VGZ omtrent feiten, die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden, en verstrekt VGZ in dat verband alle benodigde inlichtingen.
In aansprakelijkheidskwesties treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder schriftelijke akkoordverklaring van VGZ.
De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor VGZ in haar belangen kan worden geschaad.
5. De verzekerde dient originele nota's ter declaratie in bij VGZ binnen één jaar na de dagtekening daarvan. Met behulp van de computer vervaardigde nota's behoren te zijn geparafeerd door de zorgverlener.
Ingediende nota's, waarop uitkering wordt gedaan dan wel waarop eigen risico wordt ingehouden, worden niet geretourneerd aan de verzekerde.
6. Indien de verzekerde zich niet houdt aan de bepalingen van dit artikel en VGZ daardoor in haar belangen wordt geschaad of kan worden geschaad, is VGZ niet gehouden tot uitkering over te gaan.

Artikel 6 Uitsluitingen

Niet vergoed worden kosten:

1. van onderzoeken of behandelingen die verband houden met ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee verzekerde bekend was of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan VGZ; deze uitsluiting is niet van toepassing indien en voorzover de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
2. van onderzoeken of behandelingen, die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen aanvaard zijn, niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of van het specialisme, dan wel niet begrepen zijn in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefening;
3. van onderzoeken of behandelingen, die tot doel hebben het beoogde of bereikte resultaat van een eerdere niet medisch geïndiceerde behandeling of ingreep teniet te doen;
4. van schriftelijke verklaringen, administratiekosten of kosten wegens niet tijdige voldoening van nota's van zorgverleners;
5. die veroorzaakt zijn door eigen grove schuld of opzet;
6. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd krachtens de basisziektekostenverzekeringen of de AWBZ, behoudens voorzover in deze voorwaarden anders is bepaald;
7. op vergoeding, waarvan aanspraak kan worden gemaakt op grond van enige wet, publiekrechtelijke regeling of andere overeenkomst, indien de verzekering bij VGZ niet zou be-

staan; met aanspraak op kostenvergoeding wordt in dit verband gelijkgesteld het recht op een verstrekking in natura;

8. wegens verstrekkingen waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt krachtens de Ziekenfondswet, indien de verzekeringnemer of de verzekerde in aanmerking komt voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering, ongeacht of betrokkene zich daadwerkelijk aanmeldt voor zodanige inschrijving;
9. die na 1 januari 2001 als gevolg van een wijziging in de ziekenfondsverzekering of de AWBZ dan wel de Standaard(pakket)polis onder de dekking zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden komen te vallen;
10. die zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij;
11. die zijn veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan.
Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen).
Het bepaalde in de vorige volzin vindt geen toepassing, voorzover krachtens de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

Artikel 7

Wijziging van premie en voorwaarden

VGZ heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies voor de daarin geregelde verzekeringen, hetzij landelijk, hetzij regionaal, en bloc te wijzigen.

Artikel 8

Duur en beëindiging

1. De verzekering wordt voor onbepaalde tijd aangegaan en in stand gehouden:
 - gedurende tenminste het jaar waarin de verzekering is aangegaan en het daaropvolgende kalenderjaar, voor wat betreft de Instapverzekering, de Studenten-Instapverzekering, de Daggeldverzekering (pakket 12) en de Suppletieverzekering (pakket 13);
 - gedurende tenminste het jaar waarin de verzekering is aangegaan, en de twee daaropvolgende kalenderjaren voor wat betreft de (overige) aanvullende ziektekostenverzekeringen (pakketten 1 tot en met 11).
2. Na afloop van de in lid 1. genoemde periode(n) kan de verzekeringnemer de verzekering(en) schriftelijk en uitsluitend per 1 januari van enig jaar opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van tenminste drie maanden.
3. Het vorige lid is niet van toepassing bij omzetting van een aanvullende ziektekostenverzekering in een andere aanvullende ziektekostenverzekering, waaraan de verzekerde meer rechten kan ontnemen, bij omzetting van een aanvullende

ziekttekostenverzekering in de Jongeren Xtra Verzekering (pakket 1), of bij omzetting van de Jongeren Xtra Verzekering in een andere aanvullende ziektekostenverzekering.

4. De verzekering eindigt van rechtswege op het moment, waarop de verzekerde zijn vaste woonplaats kiest in het buitenland, tenzij tevoren anders wordt overeengekomen.
5. De Instapverzekering eindigt van rechtswege de eerste van de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt, met dien verstande dat aansluitend bij VGZ een verzekering kan worden gesloten op basis van de Standaardpakketpolis.
6. De verzekering van een kind eindigt van rechtswege de eerste dag van de daaropvolgende maand indien betrokkene niet meer als zodanig is aan te merken volgens de begripsbepaling in deze verzekeringsvoorwaarden. De verzekering kan in dezelfde vorm worden voortgezet op grond van een daartoe te sluiten verzekeringsovereenkomst.
7. De Jongeren Xtra Verzekering (Pakket 1) eindigt van rechtswege de eerste van de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 27 jaar bereikt, met dien verstande dat aansluitend bij VGZ een andere aanvullende ziektekostenverzekering kan worden gesloten.
8. De aanvullende ziektekostenverzekeringen eindigen van rechtswege met het einde van de basisziekttekostenverzekering.
9. In afwijking van het bepaalde in lid 1. kan de verzekeringnemer de verzekering door opzegging beëindigen ingeval van verhoging van de premie van de verzekering dan wel ingeval van een zodanige wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, dat de verzekerde minder rechten aan de verzekering kan ontnemen. Opzegging dient in deze gevallen schriftelijk te geschieden binnen 30 dagen na de kennisgeving van de wijziging; de verzekering eindigt met ingang van de datum van de wijziging. Het recht tot opzegging als bedoeld in dit artikellid geldt niet, indien de wijziging van de premie en/of van de verzekeringsvoorwaarden voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.
10. Onverlet de beëindiging van rechtswege van de verzekering als bedoeld in het vijfde lid kan VGZ de verzekering r beëindigen behoudens:
 - ingeval van onjuiste en/of onvolledige opgave zoals bedoeld in artikel 2, lid 1;
 - ingeval van (poging tot) bedrog door de verzekerde;
 - indien de verzekerde nalatig is in de betaling van de kosten, bedoeld in artikel 2, lid 8;
 - indien de verzekerde nalatig is in de betaling van de premie, waaronder begrepen de bijdragen bedoeld in artikel 4, lid 8, binnen 30 dagen na de aanmaning.

Artikel 9

Geschillen

1. Alle geschillen, samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter.
2. Indien een uitkering om redenen van medische of tandheelkundige aard wordt geweigerd, is de verzekeringnemer bevoegd het geschil voor te leggen aan een commissie. Deze geschillencommissie bestaat uit tenminste twee inhoudelijk deskundigen, van wie één aan te wijzen door de verzekeringnemer en één door VGZ, en een derde lid, aan te wijzen door

de hiervoor bedoelde leden tezamen. Het derde lid fungeert als voorzitter van de commissie.

De beslissing van de geschillencommissie geldt als bindend advies. De verzekeringnemer maakt een verzoek om een bindend advies schriftelijk kenbaar binnen dertig dagen na de datum van de mededeling, waarin de weigering van VGZ is vervat, en stort daarbij een waarborgsom van f 300,-.

De kosten van het bindend advies komen ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

3. De verzekerde kan een klacht, nadat deze ter kennis is gebracht van VGZ en VGZ haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van 1 maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 10 **Opname in een ziekenhuis**

Omschrijving: opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden.

Vergoeding: volledig en onbeperkt op basis van verpleging en behandeling in de verzekerde verpleegklasse (inclusief bijkomende kosten en medisch specialistische of kaakchirurgische zorg).

Verwijzing door: huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. vergoed worden, tot het kind de leeftijd van 3 maanden heeft bereikt, de kosten indien sprake is van een gezonde bij VGZ verzekerde zuigeling, die in het ziekenhuis verblijft samen met zijn moeder, die aldaar met medische noodzaak is opgenomen;
- 2.1. indien verzekerd voor verpleegklasse 2/2B en een ziekenhuis kent slechts één verpleegklasse 2 dan worden de kosten ingeval van opname en verpleging in die verpleegklasse volledig vergoed; als opname plaatsvindt in een ziekenhuis met keuzemogelijkheid tussen meerdere verpleegklassen 2, dan worden de kosten vergoed op basis van de laagste verpleegklasse 2;
- 2.2. Ingeval van verpleging in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt slechts een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de verzekerde verpleegklasse;
3. voor vergoeding van de kosten van:
 - orgaantransplantatie, zie artikel 15;
 - fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf), zie artikel 16;
 - plastische en/of reconstructieve chirurgie, zie artikel 20.

Artikel 11 **Opname in het Nederlands Astma Centrum te Davos**

Omschrijving: onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos in Zwitserland (NAD).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. toestemming wordt alleen gegeven nadat, na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland, de noodzaak tot opname is vastgesteld;
2. de machtiging wordt telkens afgegeven voor een beperkte periode.

Artikel 12 **Dagverpleging**

Omschrijving: een korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, noodzakelijk in verband met onderzoek of behandeling door een medisch specialist.

Vergoeding: volledig (inclusief bijkomende kosten en medisch specialistische zorg).

Verwijzing door: behandelend arts.

Artikel 13 **Medisch specialistische zorg, poliklinisch**

Vergoeding:

1. het honorarium van een medisch specialist of kaakchirurg;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis, in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Verwijzing door: huisarts of tandarts.

Machtiging: nee, behalve voor dialyse thuis, chronisch intermitterende beademing en kaakchirurgie.

Bijzonderheden:

1. onder poliklinische medisch specialistische zorg is begrepen:
 - zorg door een trombosedienst;
 - second opinion door een medisch specialist;
2. eveneens worden vergoed de kosten verband houdend met de door een erkend beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde;
3. voor vergoeding van de kosten van:
 - orgaantransplantatie, zie artikel 15;
 - fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf), zie artikel 16;
 - revalidatie, zie artikel 17;
 - erfelijkheidsonderzoek, zie artikel 18;
 - audiologische zorg, zie artikel 19;
 - plastische en/of reconstructieve chirurgie, zie artikel 20;
 - implantaten, zie artikel 26.

Artikel 14
Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie

Vergoeding: ten hoogste 100% van de in Nederland geldende tarieven.

Machtiging: ja, vooraf; hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de zorg in Nederland ook voor vergoeding in aanmerking zou komen;
2. de kosten worden vergoed met inachtneming van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden van de (Studenten)Instapverzekering;
3. bij de vergoeding voor het maximaal aantal verpleegdagen wordt uitgegaan van het in Nederland voor de desbetreffende ingreep gebruikelijke aantal;
4. voor vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer, zie artikel 30.

Artikel 15
Organtransplantatie

Omschrijving: transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, (orthope) lever, nier, nier/pancreas, bot, hart, long en hart/long, alsmede de in verband met deze transplantatie door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) ge-declareerde kosten van weefseltyperingen.

Vergoeding: volledig; voorts worden de kosten vergoed van verpleging en behandeling van de donor op basis van de verpleegklasse waarvoor deze verzekerd is. Ook heeft de donor recht op vergoeding van de kosten van medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende organtransplantatie.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden: geen vergoeding wordt verleend in verband met het laten verwijderen van transplantatiemateriaal ten behoeve van een niet bij VGZ verzekerde ontvanger.

Artikel 16
Fertiliteitsbevorderende behandeling en in vitro fertilisatie (ivf)

1. Fertiliteitsbevorderende behandeling.

Omschrijving: operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie.

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Verwijzing door: behandelend arts.

2. In vitro fertilisatie (ivf).

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf; hierbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. onder nader te stellen voorwaarden kan een vergoeding worden verleend in de kosten voor behandeling van in vitro fertilisatie in een vergunninghoudend ziekenhuis indien sprake is van een algemeen geaccepteerde medische indicatie;
2. de vergoeding kan worden verleend voor ten hoogste drie pogingen, waarbij onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo('s) (embryotransfer).

Artikel 17
Revalidatie

Omschrijving: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.

Door: een aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, vooraf. De aanvraag dient te zijn voorzien van een behandelplan.

Bijzonderheden: voor vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis en dagverpleging, zie artikel 10 en artikel 12.

Artikel 18
Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultraluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Door: centrum voor erfelijkheidsadvies.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: indien noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde, zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij familieleden die bij VGZ zijn verzekerd.

Artikel 19 **Audiologische zorg**

Omschrijving: onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Door: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: behandelend arts.

Artikel 20 **Plastische en/of reconstructieve chirurgie**

Vergoeding: 1. het honorarium van een medisch specialist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis, in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Indicatie: uitsluitend indien deze behandeling strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk, welke gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen;
2. verminkingen welke het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden, welke gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld;
4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en verhemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, uitstaande oorschelpen, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Machtiging: ja, vooraf. Aanvraag door plastisch chirurg.

Artikel 21 **Preventieve onderzoeken**

Omschrijving: 1. onderzoek van hart- en bloedvaten;
2. baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje);
3. borstkankeronderzoek.

Door: huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: volledig, éénmaal per twee kalenderjaren.

Artikel 22 **Huisartsenzorg**

Omschrijving: zorg door een huisarts inclusief de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, uitgevoerd en berekend door een aan een ziekenhuis verbonden laboratorium, een conform de bij wet gestelde regels toegelaten huisartsenlaboratorium of een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

1. zorg door artsen die zich specifiek hebben toegelegd op fysiologische zorg en als zodanig zijn ingeschreven in het register van het betreffende specialisme wordt vergoed als ware sprake van en tot ten hoogste het tarief van een consult door een huisarts;
2. kosten voor onderzoek van gezonde zuigelingen en kleuters, al dan niet op een consultatiebureau, keuringen, het afgeven van attesten en dergelijke komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 23 **Farmaceutische Zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen**

1. Farmaceutische Zorg.

Geleverd door: apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

1. vergoeding overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland met inbegrip van het daarin vastgelegde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Indien een geneesmiddel de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, wordt dat geneesmiddel vergoed;
2. de Regeling Farmaceutische Zorg maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. voor de vergoeding van de kosten van alternatieve geneesmiddelen, zie artikel 38;
4. voor vergoeding van de kosten van geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland, zie artikel 63.

2. Dieetpreparaten.

Geleverd door: apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. vergoeding overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland;
2. de Regeling Dieetpreparaten maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;

3. recht op vergoeding bestaat alleen indien sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

3. Verbandmiddelen.

Geleverd door: apotheker of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

recht op vergoeding bestaat alleen ingeval van een ernstige aandoening waarbij men op een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Artikel 24 Tandheelkundige zorg

1. Tandheelkundige zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.

Door: tandarts.

Vergoeding: ten hoogste f 500,- per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

1. vergoeding op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven;
2. indien ten gevolge van een lichamelijke of verstandelijke handicap een langere dan de gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en de kosten niet ten laste van de AWBZ kunnen worden gebracht, wordt (na verleende toestemming) geen vergoeding verleend op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven maar op basis van het AWBZ-uurtarief;
3. ingeval de prothetische zorg wordt verleend door een tandprotheticus wordt een vergoeding in de gemaakte kosten verleend tot (ten hoogste) de voor tandartsen algemeen practicus geldende Uniforme Particuliere Tarieven. Het betreft hier alleen een vergoeding die betrekking heeft op de volledige plaatprothese;
4. voor vergoeding van de kosten van orthodontische zorg (gebitsregulatie), zie artikel 25.

2. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Door: een aan een centrum voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen verbonden tandarts of een tandarts met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring.

Indicatie: tandheelkundige behandeling in gevallen waarin één van de hierna limitatief omschreven lichamelijke aandoeningen dan wel aangeboren of verworven tandheelkundige afwijkingen heeft geleid tot een zeer ernstige functiestoornis van het kauwstelsel:

1. het niet aangelegd zijn van gebitselementen (multiple agnesie) waarbij het aantal ontbrekende elementen minstens tien is. Onder genoemd aantal zijn verstandskiezen niet inbegrepen;

2. een kaakgewrichtafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van een tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.

Hieronder wordt verstaan een ernstige cranio-mandibulaire dysfunctie, uitsluitend indien gebleken is dat uitgebreid functieonderzoek heeft plaatsgevonden en een eerste behandeling geen resultaat heeft gehad. Het functieonderzoek (UPT-code G01) en de hieronder bedoelde eerste behandeling komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Onder eerste behandeling wordt hier verstaan:

- spalktherapie (UPT-codes G62 en G64);
- indirect planmatig inslijpen (UPT-code G65);
- vervaardigen van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit;

3. een defect ten gevolge van een ongeval, waaraan bij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dentoalveolair defect).

Onder dentoalveolair defect wordt hier verstaan een defect waarbij niet alleen tanden en/of kiezen zijn betrokken, maar waarbij tevens een deel van het kaakbot verloren is gegaan. Onder normale prothetische voorzieningen worden niet alleen uitneembare, maar ook vastzittende voorzieningen (zoals bruggen) verstaan;

4. een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
5. een uitgebreid defect aan de mond en/of de kaak en/of het aangezicht ten gevolge van een ongeval en/of na voorafgaande chirurgische behandeling (oromaxillofaciaal defect).

Vergoeding: volledig.

Verwijzing door: tandarts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
 - 1.1. de behandeling een benadering in teamverband vereist en/of van een zodanige moeilijkheidsgraad sprake is dat bijzondere deskundigheid, vaardigheid en ervaring benodigd is;
 - 1.2. VGZ op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een behandelplan, volgens het model dat hiervoor is vastgesteld, tevoren toestemming heeft gegeven bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
2. geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
3. het recht op vergoeding is beperkt tot die tandheelkundige behandelingen welke noodzakelijk worden geacht om de afwijking te compenseren en die betrekking hebben op het gedeelte van het kauwstelsel waar de afwijking zich manifesteert.

Artikel 25 **Orthodontische zorg**

1. Orthodontische zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.

Door: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: 80% van de kosten.

Indicatie: gebitsregulatie.

2. Orthodontische zorg.

Door: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Indicatie: kaakorthopedische afwijkingen als direct gevolg van lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

Verwijzing door: huisarts of tandarts.

Artikel 26 **Implantaten**

Omschrijving: tandheelkundige implantaten, alsmede het inbrengen daarvan in de kaak.

Door: kaakchirurg.

Vergoeding: 1. het honorarium van een kaakchirurg en anesthesist;
2. de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in een polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.

Machtiging: ja, vooraf. De aanvraag dient te zijn voorzien van een behandelplan.

Bijzonderheden:

1. het recht op vergoeding bestaat uitsluitend en indien:
 1. de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
 - 1.2. de implantaten dienen als steun voor een (over)kappingsprothese;
2. geen toestemming wordt verleend, indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
3. niet vergoed worden:
 - 3.1. kosten die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak anders dan hierboven genoemd;
 - 3.2. kosten van de mesostructuur, die door de tandarts op de implantaten wordt vervaardigd.

Door: (kinder)fysiotherapeut of manueel therapeut.

Vergoeding: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. indien een verzekerde een indicatie heeft voor (kinder)fysiotherapie dan wel oefentherapie Cesar/Mensendieck in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de Regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck van Zorgverzekeraars Nederland, dan bestaat, na machtiging vooraf, recht op vergoeding van het aantal noodzakelijke behandelingen/zittingen binnen een daartoe vastgestelde periode per indicatie;
2. de Regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;
3. indien een verzekerde na de (kinder)fysiotherapeutische behandelingen nog behandelingen oefentherapie Cesar/Mensendieck of kindersfysiotherapie nodig heeft dan bestaat, na machtiging vooraf, recht op vergoeding van ten hoogste 9 behandelingen/zittingen oefentherapie Cesar/Mensendieck of kindersfysiotherapie;
4. niet vergoed worden de kosten van o.a. zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

2. Oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Door: oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Vergoeding: ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Bijzonderheden:

1. na machtiging vooraf bestaat nog recht op vergoeding van 9 extra behandelingen/zittingen oefentherapie Cesar of Mensendieck;
2. de Regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck van Zorgverzekeraars Nederland maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

3. Logopedie.

Door: logopedist.

Vergoeding: volledig.

Indicatie: de behandeling dient een geneeskundig doel te hebben.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

niet vergoed worden de kosten van logopedische behandelingen in verband met dyslexie, taalontwikkelingsstoornissen bijvoorbeeld in verband met dialect of anderstaligheid, behandeling in verband met beroepsuitoefening, spreken in het openbaar, voordrachtskunst, en dergelijke.

Artikel 27 **Fysiotherapie, manuele therapie, oefentherapie Cesar of Mensendieck, logopedie en ergotherapie**

1. Fysiotherapie.

Omschrijving: fysiotherapie en de verbijzonderingen kindersfysiotherapie en manuele therapie.

4. Ergotherapie.

Omschrijving: advisering, instructie, training of behandeling in de behandelruimte van de ergotherapeut of ten huize van de verzekerde met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Door: ergotherapeut.

Vergoeding: ten hoogste 10 uur per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 28 Hulpmiddelen

Omschrijving: aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen, opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland.

Vergoeding: overeenkomstig de maximumbedragen van de Regeling Hulpmiddelen.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn;
2. op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt is het eigen risico (artikel 31) niet van toepassing;
3. de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde;
4. de Regeling Hulpmiddelen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 29 Verloskundige zorg en kraamzorg

1. Verloskundige zorg.

Door: verloskundige, huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: volledige vergoeding van verloskundige zorg, alsmede de kosten van gebruik van verloskamer in geval de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

2. Kraamzorg en kraamverpleging.

Omschrijving: 1. kraamzorg verleend door een kraamverzorgende, werkzaam bij een VGZ gecontracteerd kraamcentrum, waarbij deze ten huize van de verzekerde zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt;
2. kraamzorg verleend aan moeder en kind in een kraaminrichting;
3. kraamverpleging verleend aan moeder en kind in een ziekenhuis.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

1. vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Indien bij combinatievormen van zorg dezelfde dag door beide zorginstellingen in rekening wordt gebracht, wordt deze dubbele dag eveneens vergoed overeenkomstig bovengenoemde regeling. Indien de zorg wordt verleend door een kraamcentrum geldt tevens dat de vergoeding wordt verleend tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen;
2. indien de zorg wordt verleend door een door VGZ gecontracteerd kraamcentrum wijst het kraamcentrum het aantal te realiseren zorguren toe.

3. Vervangende kraamzorg.

Omschrijving: zorg waarin verzekerde zelf heeft voorzien, welke wordt geleverd door een verpleegkundige dan wel een kraamverzorgende of een niet door VGZ gecontracteerd kraamcentrum.

Vergoeding: ten hoogste f 200,- per dag.

Bijzonderheden:

vergoeding wordt verleend over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Indien bij combinatievormen van zorg dezelfde dag door beide zorginstellingen in rekening wordt gebracht, wordt deze dubbele dag eveneens vergoed overeenkomstig bovengenoemde regeling.

Artikel 30 Ziekenvervoer

- Omschrijving:
1. **medisch noodzakelijk ziekenvervoer** in Nederland of naar een andere lidstaat van de Europese Unie, indien en voorzover openbaar vervoer op grond van aard en ziekte of aandoening niet mogelijk is,
 - 1.1. **per ambulance:**
 - 1.1.1. bij opneming in of ontslag uit een ziekenhuis of AWBZ-instelling;
 - 1.1.2. in verband met poliklinische medisch specialistische behandeling ten huize van medisch specialist, in het ziekenhuis of in een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum;
 - 1.2. **per taxi of taxivervangend eigen vervoer:**
 - 1.2.1. bij opneming in of ontslag uit een ziekenhuis of AWBZ-instelling;
 - 1.2.2. in verband met poliklinische radiotherapie, haemodialyse of voor toediening van cytostatica (chemotherapie);
 - 1.2.3. in verband met andere, verzekerde poliklinische medisch specialistische zorg, dan omschreven in lid 1.2.2.;
 2. **ziekenvervoer zonder medische indicatie:** in verband met onderzoek of behandeling, vanwege specifiek medisch onderzoek, in een in Nederland gelegen ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer (enkele reis) verwijderd is van de woon- of verblijfplaats van verzekerde.

Vergoeding: 1. **medisch noodzakelijk ziekenvervoer:**

- 1.1. volledig, indien ambulancevervoer;
- 1.2. volledig, indien taxivervoer;

- 1.3. f 0,42 per kilometer, indien taxivervangend eigen vervoer.
2. **ziekenvervoer zonder medisch indicatie:**
f 0,25 per kilometer.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf voor vervoer genoemd onder omschrijving 1.2.3. en 2..

Bijzonderheden:

1. indien verzekerd voor de Studenten-Instapverzekering, dan bestaat uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van vervoer genoemd onder omschrijving 1.1.;
2. de kosten zoals genoemd onder omschrijving 1.2.3. en 2. komen slechts voor vergoeding in aanmerking indien en voorzover deze kosten tezamen meer bedragen dan f 200,- per kalenderjaar, en wel voor dat meerdere;
3. de kosten van opnemings of behandeling in verband waarmee vervoer noodzakelijk is, dienen geheel of gedeeltelijk op grond van de (Studenten-)Instapverzekering ten laste van VGZ dan wel ten laste van de AWBZ te komen; voor vergoeding van de kosten van ziekenvervoer in Nederland komen uitsluitend in aanmerking de kosten voor vervoer tussen de woning van verzekerde en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een door VGZ gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, AWBZ-instelling of plaats waar behandeling plaatsvindt;
5. voor vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar een andere lidstaat van de Europese Unie, komen uitsluitend in aanmerking de kosten tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten voor vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden;
6. niet vergoed worden de kosten van vervoer in verband met een medisch niet noodzakelijke overbrenging naar een ander ziekenhuis dan waarin de opname plaatsvond.

Artikel 31 Eigen risico

1. Bij de berekening van de te verlenen vergoeding wordt op de in een kalenderjaar gemaakte kosten, die volgens de bepalingen van de (Studenten-)Instapverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, het individueel overeengekomen op de polis vermelde eigen risico in mindering gebracht. Bij de vaststelling van de hoogte van het te dragen eigen risico is bepalend het aantal personen dat op 1 januari van dat jaar in de Instapverzekering is verzekerd. Op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt is het eigen risico niet van toepassing.
2. Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt het toepasselijke eigen risicobedrag naar rato berekend. Bij beëindiging in de loop van een kalenderjaar vindt geen restitutie plaats van het voor dat jaar overeengekomen eigen risicobedrag.
3. Verzekeringnemer van de Instapverzekering heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het eigen risicobedrag ongeacht de gezondheidstoestand te wijzigen, mits de wens daartoe vóór 1 oktober daaraan voorafgaand schriftelijk wordt medegedeeld.
4. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van een in een volgend kalenderjaar voort-

durende ziekenhuisverpleging en kraamzorg toegerekend aan het kalenderjaar waarin deze zijn aangevangen, mits deze onafgebroken en aansluitend voortduren in het daaropvolgende kalenderjaar.

Artikel 32 Preventieve cursussen en voorlichting

Door: thuiszorgorganisatie, GGD of een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

Vergoeding: 1. ten hoogste f 37,50 per verzekerde per kalenderjaar indien verzekerd voor pakket 2;
2. ten hoogste f 75,- per verzekerde per kalenderjaar indien verzekerd voor een van de pakketten 3 t/m 11.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend vergoeding na overlegging van het bewijs van deelname;
2. de cursus omgaan met C.A.R.A. wordt uitsluitend vergoed voor verzekerden jonger dan 18 jaar en indien deze gegeven wordt door een fysiotherapeut, die bij de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie de cursus fysiotherapie bij C.A.R.A. heeft gevolgd.

Artikel 33 Sportgeneeskunde

Door: sportarts.

Vergoeding: 1. ten hoogste f 125,- voor behandelingen, consulten, sportkeuringen per verzekerde per 2 kalenderjaren, indien de verzekering geldt voor pakket 3;
2. volledig, tot ten hoogste f 250,- voor behandelingen, consulten, sportkeuringen per verzekerde per 2 kalenderjaren, indien de verzekering geldt voor pakket 1 of één van de pakketten 4 t/m 11.

Bijzonderheden:

vergoeding uitsluitend indien de sportarts werkzaam is in een Sport Medisch Adviescentrum.

Artikel 34 Acnebehandeling

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: éénmalig ten hoogste f 400,- per verzekerde.

Indicatie: ernstige vorm van acne.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 35 Camouflagetherapie

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: éénmalig ten hoogste f 425,- inclusief benodigde middelen per verzekerde.

Indicatie: ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 36 Elektrisch epilieren

Door: huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding: éénmalig ten hoogste f 1.250,- per verzekerde.

Indicatie: extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 37 Psoriasisbehandeling (balneo phototherapie)

Vergoeding: 1. behandelkosten in een dagbehandelingscentrum of huur van apparatuur voor thuisbehandeling tot ten hoogste f 1.100,- per verzekerde per kalenderjaar;
2. reiskosten in verband met dagbehandeling f 0,25 per kilometer tot ten hoogste f 800,- per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door: huidarts.

Machtiging: ja, vooraf; uitsluitend indien het centrum of de leverancier geen overeenkomst heeft met VGZ.

Artikel 38 Alternatieve geneeswijzen

1. Onder alternatieve geneeswijzen worden verstaan:

- 1.1. Indien verzekerd voor de pakketten 1 t/m 11:
consulten en/of behandelingen door artsen, die zich specifiek hebben toegelegd op behandeling:
- op antroposofische grondslag;
 - volgens de Moermanmethode;
 - volgens de natuurgeneeswijze;
 - met (ortho)manipulatie (manuele geneeswijze).
- 1.2. Indien verzekerd voor de pakketten 1 t/m 11:
consulten en/of behandelingen verleend door:
- een chiropractor;
 - een osteopaat;

- een acupuncturist;
- een homeopaat.

- 1.3. Indien verzekerd voor de pakketten 4 t/m 11:
consulten en/of behandelingen door antroposofische therapeuten die zich hebben toegelegd op de antroposofische therapieën:
- heileurytmie;
 - kunstzinnige therapie;
 - kunstzinnige therapie muziek;
 - kunstzinnige therapie spraak.
2. Vergoeding: de gezamenlijke kosten van de hierboven genoemde zorg per verzekerde per kalenderjaar:
- 2.1. ten hoogste f 750,- voor honorarium en geneesmiddelen tezamen indien de verzekering geldt voor pakket 1;
- 2.2. ten hoogste f 500,- voor honorarium en geneesmiddelen tezamen indien de verzekering geldt voor de pakketten 2 en 3;
- 2.3. ten hoogste f 1.500,- voor honorarium en geneesmiddelen tezamen indien de verzekering geldt voor één van de pakketten 4 t' 11.

Bijzonderheden:

- vergoed worden uitsluitend geneesmiddelen:
- die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;
 - die zijn voorgeschreven door een behandelaar als bedoeld onder lid 1.1. en 1.2. of door de huisarts of de behandelend medisch specialist (eventueel door een tandarts, kaakchirurg of verloskundige);
 - die zijn geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Artikel 39 Podotherapie

Door: podotherapeut.

Vergoeding: de honorariumkosten worden vergoed:

1. tot ten hoogste f 250,- per verzekerde per kalenderjaar indien de verzekering geldt voor de pakketten 2 en 3;

2. volledig, indien de verzekering geldt voor een van de pakketten 4 t/m 11.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf; uitsluitend indien de behandelend therapeut geen overeenkomst heeft met VGZ.

Bijzonderheden:

1. niet vergoed worden behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure en evenmin de kosten van prothesen, orthesen of andere hulpmiddelen;
2. voor vergoeding van de kosten van steunzolen, zie artikel 62.

Artikel 40 Fysiotherapie

Door: (kinder)fysiotherapeut.

Vergoeding: 1. volledig, indien de verzekering geldt voor pakket 1;
2. ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie, indien de verzekering geldt voor één van de pakketten 2 t/m 11.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

uitsluitend recht op vergoeding indien voor dezelfde indicatie voorafgaand vergoeding heeft plaatsgevonden op grond van de basisziektekostenverzekering en de behandeling plaatsvindt door de (kinder)fysiotherapeut die ook de behandeling ten laste van de basisziektekostenverzekering heeft uitgevoerd.

Artikel 41 Kraampakket

Vergoeding: ten hoogste f 50,-.

Bijzonderheden:

uitsluitend indien verzekerde thuis of poliklinisch zal bevallen en geen kraampakket in natura ter beschikking is gesteld.

Artikel 42 Gebruik verloskamer

Omschrijving: ingeval verzekerde zonder medische indicatie poliklinisch bevalt in een ziekenhuis en voorzover deze kosten niet ten laste van de basisziektekostenverzekering kunnen worden gebracht.

Vergoeding: volledig.

Artikel 43 Kraamzorg

1. Kraamzorg.

Omschrijving: zorg ten huize van de verzekerde waarbij zowel moeder en kind als de huishouding wordt verzorgd, alsmede de zorg voor moeder en kind die wordt verleend in een kraaminrichting.

Door: een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende.

Vergoeding: 1. ingeval van kraamzorg door een kraamcentrum of kraaminrichting:
een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de eigen bijdrage volgens de ziekenfondsverzekering of de Standaard(pakket)polis en wel:
1.1. 50% hiervan, indien de verzekering geldt voor de pakketten 2 en 3;
1.2. 100% hiervan, indien de verzekering geldt voor één van de pakketten 4 t/m 11.

2. in die gevallen waarin verzekerde op grond van de basisziektekostenverzekering een vergoeding ontvangt vanwege vervangende kraamzorg, een aanvullende vergoeding in de resterende kosten van:

2.1. ten hoogste f 20,- per dag indien de verzekering geldt voor één van de pakketten 2 en 3;

2.2. ten hoogste f 40,- per dag indien de verzekering geldt voor één van de pakketten 4 t/m 11.

Bijzonderheden:

de aanvullende vergoeding wordt verleend over het zelfde aantal uren respectievelijk dagen waarop de vergoeding of de verstrekking vanwege de basisziektekostenverzekering betrekking heeft.

2. Couveuse nazorg.

Omschrijving: de noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het kind alsmede het inpassen van de zorg in het dagelijkse ritme.

Door: een door VGZ gecontracteerd kraamcentrum.

Vergoeding: volledig, tot een maximum van 12 uur verdeeld over 4 aaneengesloten dagen, indien verzekerde voor één van de pakketten 3 t/m 11.

Bijzonderheden:

vergoeding geldt uitsluitend als de zorg betrekking heeft op een kind, dat tenminste 8 dagen in een couveuse heeft gelegen.

Artikel 44 Verblijf in een herstellingsoord

Omschrijving: verblijf in één van de herstellingsoorden waarmee VGZ een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding: gedurende ten hoogste 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar een vergoeding van 75% van het overeengekomen tarief tot ten hoogste f 150,- per dag.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 45 Verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen en verblijf in een therapeutisch kamp van de Diabetes Jeugdclub voor kinderen met diabetes

Verblijf voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste f 500,- éénmaal per drie kalenderjaren.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 46
Behandeling in een kuuroord

Vergoeding: 1. ten hoogste f 1.000,- per verzekerde per 2 kalenderjaren voor een behandeling in de kuuroorden Klein Vink te Arcen, Sanadome te Nijmegen, Fontana te Nieuweschans, Thermae 2000 te Valkenburg (L), indien de verzekering geldt voor één van de pakketten 3 t/m 11;
2. ten hoogste f 1.500,- per verzekerde per 2 kalenderjaren voor een behandeling in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland), indien de verzekering geldt voor één van de pakketten 6 t/m 11.

Indicatie: reumatische artritis, Bechterew of artritis psoriatica.

Verwijzing door: reumatoloog.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. indien verzekerd voor één van de pakketten 6 t/m 11 dan is alleen vergoeding mogelijk voor een behandeling in ofwel Nederland ofwel Europa;
2. niet vergoed worden reis- en/of verblijfskosten.

Artikel 47
Bijzondere voedingsmiddelen

Vergoeding: ten hoogste f 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

Indicatie: medisch geïndiceerde vloeibare kant-en-klaar voeding bestemd voor patiënten die terminale thuisverpleging ontvangen dan wel thuis verpleegd worden in verband met herstel na zware ziekte.

Voorschrift: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

geen recht op vergoeding van de kosten indien recht bestaat op vergoeding krachtens de basisziekttekostenverzekering.

Artikel 48
Psychotherapie AWBZ

Vergoeding: de terzake ingevolge de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage tot ten hoogste f 450,- per verzekerde per kalenderjaar in verband met psychotherapie:
1. door een vrijgevestigd psychiater;
2. door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG);
3. in een krachtens de AWBZ erkende psychiatrische polikliniek.

Artikel 49
Hulpmiddelen

Vergoeding:

1. Mammaprothese: de eigen bijdrage tot ten hoogste f 100,- per prothese.
2. Pruiken: de eigen bijdrage tot ten hoogste f 100,-.
- 3.1. Orthopedisch en allergeenvrij schoeisel: een gedeeltelijke vergoeding van de eigen bijdrage tot ten laste van verzekerde een eigen bijdrage resteert van:
- f 125,- per paar, indien de verzekerde 16 jaar of ouder is;
- f 62,50 per paar, indien de verzekerde jonger is dan 16 jaar.
- 3.2. Aangepast confectieschoeisel: een tegemoetkoming in de kosten van aangepast confectieschoeisel:
1. tot ten hoogste f 50,- per paar per verzekerde indien verzekerd voor pakket 2;
2. tot ten hoogste f 100,- per paar per verzekerde indien verzekerd voor één van de pakketten 3 t/m 11.
- 3.3. Verbandschoenen: 50% van de eigen bijdrage.
4. Hoortoestellen: 90% van de verschuldigde eigen bijdrage tot ten hoogste f 300,- per toestel indien verzekerd voor één van de pakketten 3 t/m 11.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend recht op vergoeding indien recht bestaat op vergoeding krachtens de basisziekttekostenverzekering;
2. de vergoeding wordt uitsluitend berekend over de eigen bijdrage overeenkomstig de Regeling Hulpmiddelen;
3. uitsluitend recht op vergoeding voor aangepast confectieschoeisel indien een indicatie bestaat voor orthopedisch schoeisel conform de Regeling Hulpmiddelen;
4. uitsluitend recht op vergoeding van ofwel orthopedisch schoeisel ofwel aangepast confectieschoeisel.

Artikel 50
Wekapparaat/plaswekker

Vergoeding: 1. volledige vergoeding van de huurkosten dan wel van de kosten voor aanschaf van wekapparaat/plaswekker;
2. volledige vergoeding van de bijbehorende bandages.

Bijzonderheden:

1. uitsluitend ten behoeve van kinderen van 7 jaar en ouder;
2. recht op vergoeding van de aanschafkosten bestaat uitsluitend indien de wekapparaat/plaswekker is aangeschaft bij een leverancier waarmee VGZ een overeenkomst heeft.

Artikel 51 Thuisbewakingsmonitor

- Omschrijving: waarschuwingsmonitor in eenvoudigste uitvoering bedoeld voor signalering van ernstige hartritme stoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen.
- Vergoeding: verstreking in bruikleen voor een periode van ten hoogste 12 maanden.
- Voorschrift: kinderarts.
- Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:
na machtiging vooraf bestaat, op aanvraag van de kinderarts, recht op een verlenging van een periode van ten hoogste 12 maanden.

Artikel 52 Brillenglazen of contactlenzen

- Vergoeding: 1. Indien de verzekering geldt voor de pakketten 2 en 3:
een vergoeding, per gecorrigeerde zijde ongeacht het aantal aangeschafte brillen of contactlenzen, van ten hoogste:

bij een sterkte van:	uitvoering:	
	enkele focus	dubbele focus
4.25 of meer sferisch of		
2.25 of meer cilinderwaarde:	f 40,-	f 70,-

2. Indien de verzekering geldt voor pakket 1 of één van de pakketten 4 t/m 11 is het onder 1. gestelde niet van toepassing maar bestaat recht op een vergoeding van ten hoogste f 150,- per gecorrigeerde zijde.

Bijzonderheden:
de onder 1. en 2. genoemde vergoedingen worden éénmaal in een periode van twee kalenderjaren verleend.

Artikel 53 Logieskosten

- Omschrijving: verblijf in een logeerkamer dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis.
- Vergoeding: 75% van de logieskosten tot ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien de kosten van opname in een ziekenhuis in Nederland worden vergoed op grond van de basisziektekostenverzekering;
- de afstand woon-/logeerplaats bedraagt tenminste 40 kilometer (enkele reis);
- ingeval van opname van een verzekerde worden de logieskosten van ten hoogste 2 gezinsleden tezamen vergoed;
- de vergoeding geldt ook voor overnachtingen van een verzekerde waarvoor twee dagbehandelingen in een ziekenhuis op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Artikel 54 Stottertherapie volgens Del Ferro, Pauw of Hausdörfer

- Door: een instelling die zich specifiek heeft toegelegd op de methode Del Ferro, Pauw of Hausdörfer.
- Vergoeding: ten hoogste f 40,- per behandeling per verzekerde voor ten hoogste 36 behandelingen volgens de methode Del Ferro of Pauw dan wel ten hoogste f 1.440,- volgens de methode Hausdörfer, exclusief pensioenkosten, gedurende de gehele looptijd van de verzekering.
- Verwijzing: behandelend arts.
- Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:
vergoeding is voor ofwel de methode Del Ferro, ofwel de methode Pauw, ofwel de methode Hausdörfer.

Artikel 55 Reiskosten in verband met ziekenbezoek en overig ziekenvervoer

1. Reiskosten in verband met ziekenbezoek.

Vergoeding: f 0,25 per kilometer.

Bijzonderheden:

- de afstand woon-/verblijfplaats van de opgenomen verzekerde naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis in Nederland waar om specifiek medische redenen onderzoek of behandeling plaatsvindt bedraagt tenminste 40 kilometer (enkele reis);
- niet vergoed worden reiskosten in verband met bezoek vanwege een ziekenhuisverblijf dat voor rekening van de AWBZ komt;
- de vergoeding dient als bijdrage in de reiskosten in verband met ziekenbezoek door een bij VGZ verzekerd inwonend gezinslid, waarbij de aanvullende ziektekostenverzekering van de opgenomen verzekerde bepalend is voor de hoogte van de vergoeding;
- het aantal bezoeken per week dat voor vergoeding in aanmerking komt bedraagt:
indien de verzekering van de opgenomen verzekerde geldt:
 - voor de pakketten 2 en 3: één bezoek per 2 dagen;
 - voor één van de pakketten 4 t/m 11: dagelijks bezoek.

2. Overig ziekenvervoer.

Vergoeding: na het bereiken van de in de basisziektekostenverzekering opgenomen maximale eigen bijdrage voor ziekenvervoer een tegemoetkoming van:

- 50% daarvan indien verzekerd voor de pakketten 2 en 3;
- 100% daarvan indien verzekerd voor één van de pakketten 4 t/m 11.

Bijzonderheden:

de vergoeding wordt uitsluitend berekend over de eigen bijdrage overeenkomstig het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering 1980.

Artikel 56
Tandheelkundige zorg

1. Indien de verzekering geldt voor pakket 1.

Door: tandarts.

Vergoeding: 1. 100% van de kosten van preventieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met C en M;
2. 75% van de kosten van curatieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met B, X, A, V, E, G, H en T;
3. 50% van de kosten van prothetische en restauratieve zorg (o.a. kroon- en brugwerk); UPT-codes beginnend met I, P en R.

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde codes van de Uniforme Particuliere Tarievenlijst;
2. de vergoeding van de onder 3. genoemde zorg omvat tevens techniekkosten;
3. niet vergoed worden:
 - 3.1. kosten die ten laste van de basisziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht;
 - 3.2. kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering;
 - 3.3. kosten van niet nagekomen afspraken (C90);
 - 3.4. kosten van een keuringsrapport (C70/C75) ten behoeve van andere verzekeraars;
 - 3.5. de kosten van een volledige boven- of onderprothese of een volledige boven- en onderprothese (P21/P25/P30/I85/I87);
4. wel vergoed worden de eigen bijdragen volgens de Regeling Hulpmiddelen en de Regeling Tandheelkundige zorg.

2. Indien de verzekering geldt voor de pakketten 3, 6, 7, 10 en 11.

Door: tandarts.

Vergoeding: 1. 75% van de kosten van preventieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met C en M;
2. 75% van de kosten van curatieve tandheelkunde; UPT-codes beginnend met B, X, A, V, E, G, H en T;
3. 50% van de kosten van prothetische en restauratieve zorg (o.a. kroon- en brugwerk); UPT-codes beginnend met I, P en R;
4. 100% van de kosten van een volledige boven- of onderprothese (UPT-codes P21, P25, en I87) tot ten hoogste f 529,-;
5. 100% van de kosten van een volledige boven- en onderprothese (UPT-codes P30 en I85) tot ten hoogste f 1.058,-.

De onder 1. t/m 4. genoemde zorg tezamen wordt vergoed tot ten hoogste f 750,- per verzekerde per kalenderjaar op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT).

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde codes van de Uniforme Particuliere Tarievenlijst;
2. de vergoeding van de onder 3., 4. en 5. genoemde zorg omvat tevens techniekkosten;
3. ingeval de genoemde prothetische zorg wordt verleend door

een tandprotheticus wordt een vergoeding in de gemaakte kosten verleend tot (ten hoogste) de voor tandartsen algemeen practicus geldende Uniforme Particuliere Tarieven. Het betreft hier alleen een vergoeding die betrekking heeft op een volledige plaatprothese;

4. recht op vergoeding van vervanging van de geplaatste prothetische voorziening bestaat éénmaal in de acht kalenderjaren;
5. niet vergoed worden:
 - 5.1. kosten die ten laste van de basisziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht;
 - 5.2. kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering;
 - 5.3. kosten van niet nagekomen afspraken (C90);
 - 5.4. kosten van een keuringsrapport (C70/C75) ten behoeve van andere verzekeraars;
 - 5.5. de onder 3. vallende kosten van een volledige boven- of onderprothese of een volledige boven- en onderprothese (P21/P25/P30/I85/I87); deze vergoeding is geregeld in 4. en 5.;
6. wel vergoed worden de eigen bijdragen volgens de Regeling Hulpmiddelen en de Regeling Tandheelkundige zorg.

Artikel 57
Prothetische zorg, kronen en bruggen

1. Prothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Door: tandarts.

Vergoeding: een tegemoetkoming in de kosten van de hieronder genoemde voorziening tot ten hoogste de daarbij vermelde bedragen.

pakket 2, 4 en 8	pakket 5 en 9	pakket 7 en 11
---------------------	------------------	-------------------

volledige plaatprothese:

per boven- of onderprothese (UPT-codes beginnend met een P)	50% tot ten hoogste		
	f 350,-	f 400,-	f 195,-

pakket 2, 4 en 8	pakket 5, 7, 9 en 11
---------------------	-------------------------

extra voor immediaatprothese (P 40), per boven- of onderprothese	-	f 54,-	
--	---	--------	--

gedeeltelijke prothese:

van 1 t/m 4 elementen (P10, P00) ongeacht het aantal elementen	f 54,-	f 184,-	
--	--------	---------	--

extra voor immediaatprothese (P40) van 1 t/m 4 elementen, afhankelijk van aantal elementen, ten hoogste	-	f 42,-	
---	---	--------	--

van 5 of meer elementen (P15, P00) ongeacht het aantal elementen	f 82,50	f 271,-	
--	---------	---------	--

extra voor immediaatprothese (P40) van 5 of meer elementen, afhankelijk van het aantal elementen, ten hoogste	-	f 54,-	
---	---	--------	--

frameprothese:

per frameprothese (P34, P35, P00)	f 300,-	f 500,-	
-----------------------------------	---------	---------	--

	pakket 2, 4 en 8	pakket 5, 7, 9 en 11
rebasen: rebasen (P01, P02, P03, P04, P00) van een boven- of onderprothese	f 26,50	f 75,25

wortelkappen:
wortelkappen (P31, P00) ten
hoogste 2 kappen per kalenderjaar,
maximaal per kap

f 150,-	f 400,-
---------	---------

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde codes van de Uniforme Particuliere Tarievenlijst (UPT);
2. ingeval de prothetische zorg wordt verleend door een tandprotheticus wordt een vergoeding in de gemaakte kosten verleend tot (ten hoogste) de voor tandartsen algemeen practicus geldende Uniforme Particuliere Tarieven. Het betreft hier alleen een vergoeding die betrekking heeft op een volledige plaatprothese;
3. recht op vergoeding van vervanging van de geplaatste prothetische voorziening bestaat éénmaal in de acht kalenderjaren;
4. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering;
5. ingeval van samenloop van recht op vergoeding volgens artikel 56 en artikel 57, wordt de vergoeding achtereenvolgens op grond van artikel 56 respectievelijk artikel 57 berekend.

2. Kronen en (ets)bruggen.

Door: tandarts.

Vergoeding: een tegemoetkoming in de kosten van de hieronder genoemde voorziening tot ten hoogste de daarbij vermelde bedragen.

	pakket 2, 4 en 8	pakket 5, 7, 9 en 11
bruggen (R60, R61, R65, R66, R00) per kalenderjaar tot ten hoogste	f 150,-	f 500,-
opbouw van plastisch materiaal (R31)	–	volledig
gegoten opbouw (R32, R33, R00)	–	volledig
kronen en brugdelen per element (R20, R25, R26, R27, R40, R45, R00)	f 250,- ¹⁾	f 415,- ²⁾

- 1) per kalenderjaar komen de gezamenlijke kosten van kronen en bruggen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste f 500,- per verzekerde;
- 2) per kalenderjaar komen de gezamenlijke kosten van kronen en bruggen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste f 2.075,- per verzekerde.

Bijzonderheden:

1. basis voor de vaststelling van de verzekerde verrichting zijn de genoemde codes van de Uniforme Particuliere Tarievenlijst;
2. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoe-

ding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;

3. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering;
4. ingeval van samenloop van recht op vergoeding volgens artikel 56 en artikel 57, wordt de vergoeding achtereenvolgens op grond van artikel 56 respectievelijk artikel 57 berekend.

Artikel 58 Orthodontie

1. Indien de verzekering geldt voor pakket 1:

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste f 750,- per verzekerde ongeacht de duur van de behandeling.

Bijzonderheden:

1. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;
2. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering.

2. Indien de verzekering geldt voor de pakketten 3, 6, 7, 10 en 11:

2.1. Ten behoeve van verzekerden jonger dan 18 jaar.

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste f 3.000,- per verzekerde ongeacht de duur van de behandeling.

Bijzonderheden:

1. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;
2. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering.

2.2. Ten behoeve van verzekerden van 18 jaar en ouder.

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 75% van de kosten tot ten hoogste f 750,- per verzekerde ongeacht de duur van de behandeling.

3. Indien de verzekering geldt voor de pakketten 5, 7, 9 en 11:

Door: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 100% van de ten laste van verzekerde resterende kosten tot een maximum van f 500,- ongeacht de duur van de behandeling.

Bijzonderheden:

1. voorzover tevens recht bestaat op een vergoeding krachtens de basisziektekostenverzekering heeft de te verlenen vergoeding een aanvullend karakter tot ten hoogste het rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief of het genoemde maximumbedrag;
2. niet vergoed worden de kosten vallend onder het eigen risico, zoals dat geldt voor de basisziektekostenverzekering.

Artikel 59
Zorg door een eerstelijns-psycholoog

Vergoeding: ten hoogste f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing door: huisarts.

Machtiging: ja, vooraf.

Artikel 60
Psychotherapie door een psychotherapeut

Omschrijving: niet-klinische psychotherapeutische behandeling.

Vergoeding: ten hoogste f 100,- per behandeling tot ten hoogste f 1.500,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

1. niet vergoed worden de kosten van multimethodische en multidisciplinaire psychotherapeutische zorg welke door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in het kader van de AWBZ wordt geboden;
2. voorts komen niet voor vergoeding in aanmerking de kosten voor psycho-analyse.

Artikel 61
Psychotherapie (AWBZ) / eerstelijns-psycholoog

Omschrijving:

1. de ingevolge de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage in verband met psychotherapie:
 - 1.1. door een vrijgevestigde psychiater;
 - 1.2. door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG);
 - 1.3. in een krachtens de AWBZ erkende psychiatrische polikliniek;
2. niet-klinische psychotherapeutische behandeling door een psychotherapeut;
3. zorg door een eerstelijns-psycholoog.

Vergoeding: ten hoogste f 450,- voor de onder 1. t/m 3. genoemde zorg tezamen per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing door: behandelend arts.

Machtiging: ja, vooraf.

Bijzonderheden:

Niet vergoed worden de kosten van de onder 2. genoemde zorg:

1. voor multimethodische en multidisciplinaire psychotherapeutische zorg welke door of vanwege een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in het kader van de AWBZ wordt geboden;
2. voor psycho-analyse.

Artikel 62
Steunzolen

Vergoeding: 80% van de kosten éénmaal in een periode van twee kalenderjaren.

Voorschrift: behandelend arts of podotherapeut.

Af te leveren door: - orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats;
- podotherapeut.

Artikel 63
Vaccinatie

Omschrijving: wegens vakantie in het buitenland noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningitis, malaria.

Door: huisarts of GGD.

Vergoeding:

1. volledig, indien verzekerd voor pakket 1;
2. 75% van de kosten tot ten hoogste f 300,- per verzekerde per kalenderjaar, indien verzekerd voor één van de pakketten 4 t/m 11.

Artikel 64
**Verpleging in een hogere dan de laagste verpleeg-
klasse van een ziekenhuis**

*Verpleging in een hogere dan de laagste verpleegklasse v
een ziekenhuis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.*

1. Indien opgenomen in een hogere dan de laagste klasse en zolang verpleging op basis van de laagste verpleegklasse volledig ten laste van de basisziektekostenverzekering plaatsvindt, heeft verzekerde recht op vergoeding van het verschil in kosten van verpleging in de derde verpleegklasse en de verzekerde verpleegklasse:
- 2/2B *, of
- 2A.

*) Kent een ziekenhuis slechts één verpleegklasse 2 dan worden de kosten ingeval van opname en verpleging in die verpleegklasse 2 volledig vergoed. Als opname plaatsvindt in een ziekenhuis met keuzemogelijkheid tussen meerdere verpleegklassen 2, dan worden de kosten vergoed op basis van de laagste verpleegklasse 2.

- 2.1. Ingeval van verpleging in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt slechts een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de verzekerde verpleegklasse.

- 2.2. Indien verpleging ten gevolge van ontoereikende bedden-capaciteit geschiedt in de laagste in plaats van in de verzekerde verpleegklasse wordt een schadeloosstelling verleend van f 50,- per verpleegdag. Deze schadeloosstelling wordt niet verleend indien geen klassenverpleging mogelijk is, bijvoorbeeld om verpleegkundige redenen zoals ingeval van op-neming op de afdeling intensive care, of omdat een ziekenhuis geen klassenverpleging biedt.

Artikel 65
Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1.1. Europadekking.

Onder Europadekking wordt verstaan de dekking van de verzekerde risico's tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland binnen Europa en in de landen grenzend aan de Middellandse Zee. Voor ziekenhuisverpleging geldt de dekking op basis van de verzekerde verpleegklasse.

1.2. Werelddekking.

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's tijdens vakantie en tijdelijk verblijf over de gehele wereld. Voor ziekenhuisverpleging in Europa en in landen grenzend aan de Middellandse Zee geldt de dekking op basis van verzekerde verpleegklasse. Buiten Europa en buiten de landen grenzend aan de Middellandse Zee geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

2.1. Verzekerde risico's.

Eventueel aanvullend op de basisziektekostenverzekering worden vergoed de kosten van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen.

Kosten van ambulancevervoer worden uitsluitend vergoed indien dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Niet vergoed worden kosten:

1. die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
2. verband houdend met onderzoek, behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormden van het verblijf in het buitenland;
3. van vervoer, behoudens ambulancevervoer zoals hiervoor omschreven;
4. vallend onder het eigen risico.

2.2. Risicodekking.

Kosten worden uitsluitend vergoed voorzover vergoeding zou hebben plaatsgevonden, indien de kosten in Nederland waren gemaakt.

Met inachtneming hiervan geldt voor de Instapverzekering dan wel een van de basisziektekostenverzekeringen in combinatie met een aanvullende ziektekostenverzekering, de navolgende dekking:

basisziektekostenverzekering	aanvullende ziektekostenverzekering	Europa-dekking	Werelddekking
Instapverzekering	-	volledig	200% Nederl. tarieven
Ziekenfonds	1	volledig	200% Nederl. tarieven
Instapverzekering	1	volledig	200% Nederl. tarieven
Standaardpakketpolis	1	volledig	200% Nederl. tarieven
Ziekenfonds	2 en 3	volledig	geen dekking
Instapverzekering	2 en 3	volledig	200% Nederl. tarieven
Standaardpakketpolis	2 en 3	volledig	200% Nederl. tarieven
Ziekenfonds	4 t/m 11	volledig	volledig
Instapverzekering	4 t/m 11	volledig	volledig
Standaardpakketpolis	4 t/m 11	volledig	volledig

Opmerking:

1. onder Instapverzekering wordt tevens verstaan Studenten-Instapverzekering;
2. onder Standaardpakketpolis wordt tevens verstaan Studentenstandaardpakketpolis.

Bijzonderheden:

1. bij ziekte of ongeval kan voor het verkrijgen van geneeskundige zorg een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale van de ANWB: 070-3141414;
2. voor de onder lid 2.2. niet genoemde verzekeringen geldt het volgende:
 - pakket 12: geen dekking in het buitenland;
 - pakket 13: zie artikel 67, sub 2;
3. voor vergoeding van de kosten van repatriëring zie de bepalingen genoemd onder 4.

3. Uitbetaling.

De te verlenen vergoeding wordt uitbetaald in Nederlandse valuta.

4. Repatriëring.

- Omschrijving:
1. het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van verzekerden vanuit de landen binnen Europa naar Nederland.
 2. het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde vanuit de landen binnen Europa naar Nederland.

Vergoeding: volledig, indien verzekerd voor één van de pakketten 1, 3 t/m 11.

Bijzonderheden:

1. onder Europa wordt verstaan: Europa, de Azoren, de Canarische Eilanden, Madeira en de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee;
2. bij ziekte of ongeval kan voor het verkrijgen van repatriëring een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale van de ANWB: 070-3141414;
3. voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking:
 - 3.1. de kosten waarvoor de Alarmcentrale van de ANWB toestemming heeft verleend;
 - 3.2. de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisonderneming;
 - 3.3. de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
 - 3.4. de noodzakelijke kosten van communicatie;

- 3.5. de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn;
4. uitvoering en risico liggen bij AMEV Schadeverzekering N.V..

Artikel 66 Daggeld

Vergoeding: een uitkering per dag zoals op de polis vermeld voor iedere dag dat verpleging ten laste van de basisziektelkostenverzekering plaatsvindt in een in Nederland gelegen ziekenhuis, gedurende ten hoogste 365 dagen in een periode van drie kalenderjaren.

Bijzonderheden: om het niveau van de verzekerde daggelduitkeringen te waarborgen verplicht VGZ zich om de verzekerde bedragen jaarlijks trendmatig te verhogen volgens de index van het algemene prijspeil. De aanpassing zal echter jaarlijks niet méér bedragen dan 10% en wordt afgerond op een veelvoud van f 5,-. De verzekerde bedragen kunnen door VGZ niet worden verlaagd.

Artikel 67 Suppletieverzekering

1. Zorg in Nederland.

Omschrijving: de suppletieverzekering geeft ingeval van opname en verpleging in een hogere dan de laagste verpleegklasse in een ziekenhuis een aanvullende vergoeding op de ten laste van de ziekenfondsverzekering of de Standaard(pakket)polis komende kosten.

Vergoeding: indien opgenomen in een hogere dan de laagste verpleegklasse en zolang verpleging op basis van de laagste verpleegklasse volledig ten laste van de ziekenfondsverzekering of de Standaard(pakket)polis plaatsvindt, heeft verzekerde recht op vergoeding van het verschil in kosten van verpleging in de derde verpleegklasse en de verzekerde verpleegklasse:

- 2/2B*, of
- 2A, of
- 1.

*) Kent een ziekenhuis slechts één verpleegklasse 2 dan worden de kosten ingeval van opname en verpleging in die verpleegklasse 2 volledig vergoed. Als opname plaatsvindt in een ziekenhuis met keuzemogelijkheid tussen meerdere verpleegklassen 2, dan worden de kosten vergoed op basis van de laagste verpleegklasse 2.

Bijzonderheden: ingeval van verpleging in een hogere dan de verzekerde verpleegklasse wordt slechts een vergoeding verleend gebaseerd op de kosten die zouden zijn gemaakt indien verpleging had plaatsgevonden in de verzekerde verpleegklasse.

2. Zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland.

Vergoeding: in de door verzekerde gemaakte kosten van verpleging en behandeling in een ziekenhuis, inclusief medisch specialistische zorg, welke met spoed medisch noodzakelijk is ten gevolge van een overkomen ongeval of plotseling ontstane ziekte tijdens vakantie of tijdelijk verblijf gedurende ten hoogste 12 maanden buiten Nederland, wordt, mits de opname geschiedt in de verzekerde, althans hogere dan de laagste verpleegklasse, de volgende vergoeding verleend:

Indien de verzekering geldt voor:	klasse 2:	klasse 1:
2.1. per verpleegdag, inclusief bijkomende kosten, ten hoogste	f 185,-	f 210,-
2.2. voor medisch specialistisch onderzoek en/of behandeling tijdens de gehele opname tot ten hoogste	f 800,-	f 1.370,-

Bijzonderheden: bij ziekte of ongeval kan voor het bemiddelen bij het verkrijgen van geneeskundige zorg een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale van de ANWB: 070-3141414.