

Polisvoorwaarden 2003

Compactpolis

Geachte verzekerde,

Dit zijn de polisvoorwaarden van de Compactpolis. In de polisvoorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene voorwaarden en in de lijst van verstrekkingen. De algemene voorwaarden hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Ook kunt in de algemene voorwaarden lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvoor bij ons wilt indienen.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde begrippen wordt verstaan.

Lijst van verstrekkingen

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

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie is bedoeld om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er toch situaties denkbaar waarin geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen (artikel 11 van de algemene voorwaarden). Daarnaast kunnen in de lijst van verstrekkingen nog uitsluitingen zijn opgenomen. U vindt die dan onder "Bijzonderheden".

Verzekeringsreglement Ziekenfondswet/AWBZ

Uw rechten en plichten in verband met uw hoofdverzekering op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten staan omschreven in ons boekje "Verzekeringsreglement Ziekenfondswet/AWBZ". Dit reglement kunt u bij ons aanvragen via onze klantenservice, via onze website of via onze servicepunten. Zie voor meer informatie de achterpagina van dit voorwaardenboekje.

Agis Zorgverzekeringen
december 2002

Inhoudsopgave

Algemene voorwaarden	5
1 Begripsomschrijvingen	5
2 Inschrijving aanvullende verzekering	6
3 Extra tandheelkundige dekking	7
4 Bedenktijd	7
5 Premie	7
6 Schorsing van rechten	8
7 Dekking	8
8 Wachtijd	8
9 Pakketwijziging	9
10 Wijziging van de voorwaarden	9
11 Uitsluitingen	9
12 Toestemming/verwijzing	10
13 Informatieplicht	10
14 Verhaalsrecht verzekeraar	10
15 Vrijwaring van aansprakelijkheid	10
16 Declaraties	11
17 Beëindiging van de inschrijving	11
18 Opzegging	11
19 Einde ziekenfonds = einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering	12
20 Registratie van persoonsgegevens	12
21 Geschillen en toepasselijk recht	12
22 Agis Zorgservice	12
23 Letselschadeservice	13
24 Ingangsdatum polisvoorwaarden	13

Lijst van verstrekkingen

1	Preventie	14
	a. Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	14
2	Paramedische hulp	14
	a. Fysiotherapie	14
	b. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	14
3	Therapieën	14
	a. Acnetherapie	14
	b. Camouflagetherapie	15
	c. Elektrische- of laserepilatie	15
	d. Stottertherapie	15
4	Extra vergoedingen	15
	a. Sport Medisch Advies	15
	b. Patiëntenvereniging	16
	c. Second opinion	16
5	Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)	16
6	Facultatieve dekking tandheelkunde: Tand Compact	18

Algemene voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Arts:

een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Hoofdverzekering:

de wettelijke verzekering op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Huisarts:

een in Nederland (in de woon- of verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving) gevestigde arts die als huisarts is geregistreerd als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, en op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Kalenderjaar:

de periode van een jaar die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Medische noodzaak:

de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

Ongeval:

onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Orthodontist:

een in Nederland gevestigde tandartspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Specialist:

een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Tandarts:

een in Nederland gevestigde tandarts (algemeen practicus) die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus:

een in Nederland gevestigde tandprotheticus die rechtsgeldig de titel van tandprotheticus voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Verzekeraar:

Agis Ziektekostenverzekeringen N.V., verder te noemen: de verzekeraar.

Verzekerden:

de op het polisblad als verzekerden vermelde personen, als en zolang zij zijn:

- de verzekeringnemer (de hoofdverzekerde in het kader van de ziekenfondsverzekering) die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan;
- de meeverzekerden (gezinsleden) in de zin van artikel 4 van de Ziekenfondswet.

Verzekeringnemer:

degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

Wet BIG:

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Zorgverlener:

een in Nederland gevestigde medische, paramedische of alternatieve zorgverlener, ten aanzien van wiens zorg op grond van de verzekeringsvoorwaarden recht op vergoeding bestaat.

2 Inschrijving aanvullende verzekering

- 1 Ziekenfondsverzekerden, voor hun hoofdverzekering ingeschreven bij de verzekeraar, kunnen zich schriftelijk, telefonisch dan wel via internet inschrijven voor een aanvullende verzekering welke recht geeft op nader omschreven zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) die een aanvulling vormen op de zorgaanspraken krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ.
- 2 De verzekeraar is bevoegd de verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren:
 - ingeval de verzekering van de betreffende verzekerde door de verzekeraar eerder is beëindigd wegens wanbetaling;
 - als is komen vast te staan dat de verzekeraar eerder schade heeft geleden door onrechtmatig doen of nalaten van de verzekerde.
- 3 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde (hoofdverzekerde in het kader van de ziekenfondsverzekering) worden aangegaan. Eventuele meeverzekerden zijn dan tevens aanvullend verzekerd.
- 4 De verzekerde kan geen aanvullende verzekering afsluiten als voorzienbaar is dat de verzekerde korter dan drie maanden voor de hoofdverzekering bij de verzekeraar ingeschreven zal zijn.
- 5 De inschrijving is een kalenderjaar geldig, of – als de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt – per de dag waarop de inschrijving plaatsvindt voor de rest van het betreffende kalenderjaar. De verzekeraar verlengt de inschrijving stilzwijgend met een jaar, tenzij de verzekerde de aanvullende verzekering opzegt zoals omschreven in artikel 18 van deze voorwaarden.
- 6 Als de verzekerde is ingeschreven voor een aanvullende verzekering wordt dat vermeld op het verzekeringsbewijs.
- 7 Als de verzekeraar het inschrijvingsverzoek heeft ontvangen, schrijft deze de verzekerde in op de eerste dag van de eerstvolgende maand. Als de verzekerde tegelijkertijd vraagt om inschrijving voor zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering, wordt de verzekerde ingeschreven op de dag waarop deze op grond van de hoofdverzekering aanspraak kan maken op verstrekkingen.

Deze gelijktijdige inschrijving vindt echter niet plaats als de verzekerde met terugwerkende kracht voor de hoofdverzekering wordt ingeschreven. In dat geval gaat de aanvullende verzekering in op de datum van binnenkomst van het inschrijvingsverzoek.

3 Extra tandheelkundige dekking

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van tandheelkundige zorg extra worden bijverzekerd. De verzekeraar kan bepaalde dekkingscombinaties uitsluiten. Voor bepaalde tandartsverzekeringen geldt medische acceptatie. De extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde (hoofdverzekerde in het kader van de ziekenfondsverzekering) worden aangegaan. De extra verzekering geldt dan tevens voor alle meeverzekerden.

4 Bedenktijd

- 1 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.
- 2 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan verzekeraar verstrekte mededelingen.

5 Premie

- 1 De premie voor de aanvullende verzekering en de eventueel van toepassing zijnde extra tandartsverzekering wordt vastgesteld door de verzekeraar.
- 2 De verzekeringnemer voldoet de premie bij vooruitbetaling vóór het verstrijken van de premieervaldag, ten behoeve van alle op het polisblad vermelde verzekerden. Voor meeverzekerde kinderen tot 18 jaar is de verzekerde geen premie verschuldigd.
- 3 De premie wordt maandelijks geïncasseerd, gelijktijdig met de nominale premie die de verzekeringnemer verschuldigd is voor de ziekenfondsverzekering.
- 4 Als de verzekeraar de premie niet of niet op tijd incasseert, is de verzekeringnemer de premie niettemin verschuldigd.
- 5 Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met eventueel van de verzekeraar te vorderen bedragen.
- 6 De verzekeringnemer is de premie verschuldigd vanaf de dag van inschrijving door verzekeraar.
- 7 Als de inschrijving in de loop van een kalendermaand plaatsvindt, wordt de premie met ingang van de eerste dag van de volgende kalendermaand in rekening gebracht.
- 8 Bij beëindiging van de inschrijving in de loop van een kalendermaand vindt geen premierestitutie plaats over de maand waarin de inschrijving wordt beëindigd.
- 9 Ingeval de verzekeraar met betrekking tot de premie (incasso)maatregelen treft komen alle door verzekeraar gemaakte (administratie)kosten van invordering zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk voor rekening van de verzekeringnemer.

6 Schorsing van rechten

- 1 Als de verzekeringnemer niet tijdig de premie betaalt kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling, waarbij schorsing van rechten uit de aanvullende verzekering(en) kan worden aangekondigd. Bij schorsing van rechten geldt geen dekking meer voor zorg die is genoten ná de vervaldag van de premie.
- 2 De verzekeringnemer blijft ook tijdens de periode dat sprake is van schorsing van rechten verplicht de premie te voldoen. Het achterstallige premiebedrag wordt vermeerderd met de wettelijke rente.
- 3 Indien de verzekeringnemer binnen een termijn van 3 maanden na schorsing van rechten het achterstallige premiebedrag (en de eventuele kosten) niet heeft voldaan, volgt roeyement voor de aanvullende verzekeringen.
- 4 De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop de verzekeraar het verschuldigde bedrag (en de eventuele kosten) heeft ontvangen met inachtneming van het gestelde onder artikel 2 lid 2.

7 Dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de in de lijst van verstrekkingen opgenomen kosten. De lijst van verstrekkingen beschrijft per vorm van zorg precies waarop de verzekerde recht heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging). De kosten worden vergoed op basis van de op het moment van behandeling geldende tarieven voor de desbetreffende beroepsgroep van de zorgverlener; de vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
- 2 De behandeling moet in Nederland worden gegeven, tenzij in de lijst van verstrekkingen uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorg in het buitenland wordt vergoed.

TIP

Houdt u er rekening mee dat in een aantal gevallen geen recht op uitkering bestaat. U vindt dit onder UITSLUITINGEN.

8 Wachtijd

- 1 De verzekerde heeft recht op verstrekkingen en vergoedingen uit de lijst van verstrekkingen als de datum van behandeling valt in de periode dat de verzekering van kracht is en nadat de wachtijd is verstreken.
- 2 Als de aanvullende verzekering gelijktijdig aanvangt met de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij de verzekeraar, is geen wachtijd van toepassing en bestaat direct aanspraak op de verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering.
- 3 Als de aanvullende verzekering aanvangt op een later tijdstip dan de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij de verzekeraar, geldt een wachtijd van twee maanden alvorens aanspraak bestaat op verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering. Deze wachtijd geldt opnieuw als de verzekerde zich herinschrijft voor de aanvullende verzekering.

9 Pakketwijziging

- 1 De verzekeringnemer heeft eenmaal per jaar - en wel telkens per 1 januari - de gelegenheid om van pakket te veranderen:
 - de aanvullende verzekering kan worden omgezet naar één van de andere pakketten van de verzekeraar;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg kan worden omgezet naar één van de andere tandartsverzekeringen van de verzekeraar. Voor bepaalde tandartsverzekeringen is medische acceptatie een voorwaarde voor inschrijving;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg kan worden opgezegd;
 - wijzigingen kunnen worden doorgegeven tot en met 30 dagen na ontvangst van de dekkings- en polisvoorwaarden voor het komende jaar.
- 2 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in lid 1 bij het eerste punt is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket.

10 Wijziging van de voorwaarden

- 1 De verzekeraar kan jaarlijks vóór 1 januari of tussentijds wijzigingen in de voorwaarden en in de lijst van verstrekkingen vaststellen. Deze wijzigingen worden de verzekerde schriftelijk meegedeeld. Bij gebreke van een jaarlijkse nieuwe vaststelling blijven de laatst vastgestelde voorwaarden van kracht.
- 2 Als de verzekeraar de lijst van verstrekkingen wijzigt, verandert dat niets aan de aanspraken op verstrekkingen die de verzekerde heeft gevraagd vóórdat de lijst gewijzigd werd.
- 3 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijzigingen zal de verzekering worden beëindigd na schriftelijk verzoek van de verzekeringnemer, binnen 30 dagen nadat de wijzigingen aan de verzekeringnemer bekend zijn gemaakt. De wijzigingen moeten betrekking hebben op een premieverhoging of op een beperking van de lijst van verstrekkingen. De opzeggingsmogelijkheid ontstaat niet als de verzekeraar gehouden is geweest de wijzigingen door te voeren op grond van een wettelijke regeling of bepaling.

11 Uitsluitingen

In de volgende gevallen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt:

- 1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie een en ander overeenkomstig de definities daarvan zoals vastgesteld door het Verbond van Verzekeraars in Nederland;
- 2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is en deze behoort te vergoeden;
- 3 Als de verzekerde in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen en/of naar Nederland wordt teruggebracht zonder de Agis Alarmcentrale of een Agis Steunpunt in het buitenland te hebben ingeschakeld;

- 4 Indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst (al dan niet van oudere datum), aanspraak kan worden gemaakt op verstrekkingen of vergoedingen, of aanspraak zou kunnen maken als de verzekeringnemer of de verzekerde de aanvullende verzekering niet zou hebben gesloten.

12 Toestemming/verwijzing

- 1 Als dit is aangegeven in de lijst van verstrekkingen, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor de betreffende zorg c.q. de vergoeding van de betreffende zorg bij de verzekeraar te worden aangevraagd.
- 2 De toestemming moet altijd bij de verzekeraar worden aangevraagd vóórdat de zorg wordt genoten. Als de verzekeraar (nog) geen toestemming heeft gegeven, is de verzekeraar niet gehouden de vergoeding of bijdrage uit te keren.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van verstrekkingen, dient er een verwijzing van de huisarts of behandelend specialist te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de verzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.
- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een telefonisch gegeven toestemming van de verzekeraar, als de verzekeraar deze toestemming schriftelijk heeft bevestigd.

13 Informatieplicht

- 1 Wijzigingen in het aantal meeverzekerden en andere veranderingen die van invloed zijn op de rechten en plichten van de verzekerde, meldt de verzekerde direct aan de verzekeraar.
- 2 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 3 De verzekerde is verplicht al het mogelijke te doen om te zorgen dat de verzekeraar of de medisch adviseur van de verzekeraar alle gewenste inlichtingen krijgt die nodig zijn bij het uitvoeren van de aanvullende verzekering. Als de verzekerde gegevens verstrekt die in strijd zijn met de waarheid, vervalt het recht van de verzekerde op enige verstrekking of vergoeding.

14 Verhaalsrecht verzekeraar

Als de kosten veroorzaakt zijn door toedoen of nalaten van een ander (een zogenoemde aansprakelijke derde), dan is de verzekerde verplicht de verzekeraar hierover te informeren en al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen de kosten op deze derde te verhalen. Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag de verzekerde geen regeling treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar over een verstrekking of vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

15 Vrijwaring van aansprakelijkheid

De verzekeraar is niet aansprakelijk voor de schade die een zorgverlener de verzekerde berokkent door diens doen of nalaten.

TIP

**Maak voor het indienen van nota's altijd gebruik van het declaratieformulier.
Dit bespoedigt de afhandeling.**

16 Declaraties

- 1 De verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten – onder overlegging van de originele nota's – bij de verzekeraar declareren. De declaratie moet bij de verzekeraar worden aangeboden binnen 12 maanden na de behandeldatum. Bepalend voor het recht op vergoeding is de behandeldatum, dan wel de datum van levering, en dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als de verzekerde een overschrijding van de hiervoor genoemde termijn in redelijkheid niet is aan te rekenen, kan de verzekeraar van de hiervoor genoemde termijn afwijken.
- 2 De verzekerde ontvangt van de verzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
- 3 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.

17 Beëindiging van de inschrijving

De verzekeraar kan de inschrijving voor de aanvullende verzekering beëindigen:

- met ingang van de dag waarop de inschrijving van verzekerde voor de hoofdverzekering eindigt;
- als de verzekerde niet, niet voldoende of te laat betaalt en er sprake is van schorsing van rechten als bedoeld in artikel 6;
- meteen als de verzekerde naar het oordeel van de verzekeraar niet alle inlichtingen verstrekt die de verzekeraar noodzakelijk acht voor de goede uitvoering van de verzekering, dan wel als de verzekerde gegevens verstrekt die in strijd zijn met de waarheid;
- meteen als blijkt dat de verzekeraar schade lijdt door onrechtmatig doen of nalaten van de verzekerde;
- als de verzekerde niet langer in Nederland woont.

In voorkomende gevallen doet verzekeraar mededeling van de beëindiging aan de verzekerde onder vermelding van de reden(en) en de datum waarop de aanvullende verzekering eindigt.

18 Opzegging

- 1 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering telkens schriftelijk per 1 januari opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden. De opzegging moet voor 1 november door verzekeraar zijn ontvangen.
- 2 In afwijking van lid 1 kan de verzekeringnemer de aanvullende verzekering na het verstrijken van de uiterste opzegdatum beëindigen, als door de verzekeraar ná deze datum een premieverhoging of een beperking van de lijst van verstrekkings bekend wordt gemaakt zonder daartoe gehouden te zijn op grond van een wettelijke regeling of bepaling (zie ook artikel 10 lid 3). De verzekeringnemer moet in dat geval de wens tot beëindiging van de aanvullende verzekering schriftelijk aan de verzekeraar laten weten binnen 30 dagen nadat de mededeling over de wijziging(en) aan de verzekeringnemer is toegezonden. De aanvullende verzekering wordt dan beëindigd per de datum van de wijziging.

19 Einde ziekenfonds = einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering

- 1 De inschrijving voor de aanvullende verzekering eindigt op het moment waarop de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij de verzekeraar een einde neemt.
- 2 De extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg eindigt op het moment waarop de inschrijving als aanvullend verzekerde bij de verzekeraar een einde neemt.

20 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en van activiteiten gericht op het vergroten van het klantenbestand. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Wet bescherming persoonsgegevens van toepassing. Verzekeraar conformeert zich aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf van het Verbond van Verzekeraars.

21 Geschillen en toepasselijk recht

- 1 Op de overeenkomst van aanvullende verzekering is Nederlands recht van toepassing.
- 2 Met klachten over beslissingen van de verzekeraar naar aanleiding van de aanvullende verzekering kan de verzekerde zich wenden tot de directie van de verzekeraar. De verzekerde stuurt dan een brief naar het adres dat is vermeld op de achterzijde van deze polisvoorwaarden.
- 3 Wordt niet binnen een maand na het indienen van de klacht gereageerd door de verzekeraar of wordt de klacht niet naar tevredenheid opgelost, dan kan de verzekerde zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag, telefoonnummer: 070 33 38 999.

22 Agis Zorgservice

1. Agis Zorgservice informeert en bemiddelt voor de verzekeringnemer over wachttijden met betrekking tot:
 - Opname in een ziekenhuis
 - Dagbehandeling in een ziekenhuis
 - Toegangstijd polikliniek
 - Poliklinische behandeling
 - Diagnostisch onderzoekAgis Zorgservice informeert niet over wachttijden voor thuis- en kraamzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.
2. De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn wordt geholpen via de Agis Zorgservice. Voor de volgende operaties gelden de volgende maximale wachttijden:
 - Staaroperaties: 13 weken
 - Dotterbehandelingen: 8 weken
 - Open hart operaties: 10 weken
 - Knie- en heupprotheses: 13 weken
3. De garantie voor een maximale wachttijd vangt aan op het moment dat de verzekerde zich bij Agis Zorgservice heeft aangemeld of bij een volledige bemiddeling na ontvangst van de door de verzekerde ondertekende machtiging.

4. Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijn te regelen, dan vergoedt verzekeraar de beoogde ingreep in een door verzekeraar aangewezen ziekenhuis in binnen- of buitenland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

23 Letselschadeservice

Omschrijving: de hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade:

- als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval;
- onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.

Bijzonderheden: bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Aan de letselschadeservice van de verzekeraar zijn voor de verzekerde geen kosten verbonden. Als tijdens de verhaalszaak in overleg met de verzekerde besloten wordt tot een rechtszaak is de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage in de (proces) kosten verschuldigd.

24 Ingangsdatum polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2003.

Lijst van verstrekkingen (als bedoeld in artikel 7 van de Algemene voorwaarden)

1 Preventie

a Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen.

Omschrijving: kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: GG&GD, huisarts, tropenpoli of luchthavenpoli.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 45,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinatie in verband met beroepsmatige reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2 Paramedische hulp

a Fysiotherapie

Zorgverlening: fysiotherapeut.

Vergoeding: vervolgbehandelingen in aansluiting op de wettelijke verstrekking op grond van de ziekenfondsverzekering, volgens de afspraken die gemaakt zijn tussen de zorgverlener en Agis Zorgverzekingen.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden: onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Vergoeding: vervolgbehandelingen in aansluiting op de wettelijke verstrekking op grond van de ziekenfondsverzekering, volgens de afspraken die gemaakt zijn tussen de zorgverlener en Agis Zorgverzekingen.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden: onder oefentherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

3 Therapieën

a Acnetherapie

Omschrijving: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij gezezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat.

Zorgverlening: gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteits eisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten).

Vergoeding: 50% tot maximaal € 136,- , per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: behandelend arts.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een acnebehandeling en/of peeling in het gelaat.

b Camouflagetherapie

Omschrijving: • lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
• tepelhof tatoeage.

Zorgverlening: gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteits eisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten).

Vergoeding: 50% tot maximaal € 136,- per verzekerde voor de duur van verzekering.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om sterk ontsierende littekens of huidvlekken in gelaat en/of hals.

c Elektrische- of laserepilatie

Omschrijving: behandeling van als vrouw geboren verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat en/of de hals.

Zorgverlening: • elektrische epilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten) of door een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die bij de Ambos staat geregistreerd als gediplomeerd in elektrische epilatie.
• laserepilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten) of in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.

Vergoeding: 50% tot maximaal € 340,- per verzekerde, voor de duur van de verzekering.

Verwijzing: behandelend arts.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om ontsierende haargroei in gelaat en/of hals.

d Stottertherapie

Zorgverlening: het Del Ferro instituut, instituut De Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.

Vergoeding: 50% tot maximaal € 226,- per verzekerde, voor de duur van verzekering

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de huisarts.

4 Extra vergoedingen

a Sport Medisch Advies

Omschrijving: blessureconsult, onderzoek, advies en sportkeuringen door een Sport Medisch Advies Centrum (SMA).

Vergoeding: maximaal € 34,- per verzekerde per kalenderjaar.

b Patiëntenvereniging

Omschrijving: lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).

Vergoeding: maximaal € 22,- voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een betalingsbewijs.

c Second opinion

Omschrijving: second opinion door een specialist in een erkend ziekenhuis in Nederland.

Vergoeding: maximaal € 90,- per verzekerde per kalenderjaar.

5 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studie- doeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal zes maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan hulp die bij vertrek redelijkerwijs niet is te voorzien.

TIP

**Maak voor het indienen van nota's altijd gebruik van het declaratieformulier.
Dit bespoedigt de afhandeling**

Vergoeding:

- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximum-bedragen gelden ook in het buitenland;
- fysiotherapie : 20 behandelingen per kalenderjaar tot maximaal vergelijkbaar Nederlands tarief per behandeling. Voor verdragslanden gelden daarnaast de verzekeringsvoorwaarden van het land van verblijf op basis van een formulier E111;
- tandheelkundige kosten: 75% tot maximaal € 226,- per verzekerde per kalenderjaar (exclusief techniekkosten) als er sprake is van acute pijnklachten;
- ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen het land van verblijf;
- repatriëring: mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale, volledig, voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van zieke of gewonde verzekerde vanuit het buitenland naar Nederland (anders dan per openbaar vervoer of het vervoermiddel waarmee de reis werd gemaakt), alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding;
- vervoer stoffelijk overschot: mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale: volledig;
- Agis Alarmcentrale: volledig, voor het organiseren van hulpverlening door de Agis Alarmcentrale, telefoonnummer: 020 342 12 12.

Bijzonderheden: De volgende bepalingen zijn van toepassing;

- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed als de verzekeraar via de Agis Alarmcentrale voor opname, binnen 24 uur na opname, of zo spoedig als

redelijkerwijs mogelijk is, goedkeuring heeft verleend. De verzekeraar kan ook besluiten tot repatriëring;

- de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis worden uitsluitend vergoed voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen;
- geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;
- voor declaratie moet de verzekerde het volledig ingevulde declaratie-formulier, samen met de originele nota's, indienen;
- vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoersen van munteenheden van verdragslanden vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Voor zover er sprake is van een munteenheid van een niet-verdragsland, geldt de omrekenkoers op de dag waarop verzekeraar de desbetreffende vergoedingen uitkeert;
- de verzekeraar kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden. Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voor dat de behandeling plaatsvindt. De verzekeraar zal alleen toestemming geven, als er sprake is van een uitzonderlijke situatie en behandeling in het buitenland naar het oordeel van verzekeraar medisch noodzakelijk is.

Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- het verblijf in het buitenland heeft niet uitsluitend of mede ten doel aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijd sport;
- de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;
- als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

Kosten in verband met of ten gevolge van de volgende omstandigheden komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- werkzaamheden waaraan bijzondere arbeids- of bedrijfsgevaaren zijn verbonden;
- de beoefening van alle soorten wintersport, met uitzondering van sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- bergtochten over wegen of terreinen die niet zonder bezwaar voor ongeoeffenden begaanbaar zijn;
- de beoefening van gevaarlijke sporten;
- deelname aan of voorbereiding voor snelheids-, record- en betrouwbaarheidsritten met motorrijtuigen;
- het gebruik maken van luchtvaartuigen van welke aard dan ook, anders dan als passagier van een voor het openbaar personenvervoer toegelaten vliegtuig;
- het gebruik maken van vaartuigen buitengaats, tenzij hieraan geen bijzondere gevaren zijn verbonden.

6 Facultatieve dekking Tandheelkunde: Tand Compact (alleen indien meeverzekerd)

- Omschrijving:** Tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese).
- Zorgverlening:** tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, subfaculteit tandheelkunde, instelling voor jeugd tandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigd mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar).
- Vergoeding:** 75% tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten), indien de Tand Compact is meeverzekerd.
- Bijzonderheden:**
- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
 - niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;
 - vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent de verzekeraar de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WVG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT);
 - vergoeding van de techniekkosten vindt plaats op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG) of de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLAT) aan haar leden adviseert.

Hebt u vragen?

U kunt Agis op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.
bel 0900 86 85 (€ 4 ct p/m)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen
Postbus 19
3800 HA Amersfoort

Persoonlijk

Bij onze Servicepunten kunt u terecht voor persoonlijk advies.
Adressen en openingstijden vindt u op onze site.
U kunt ook de folder 'Bezoek Agis' aanvragen via onze Klantenservice.

Via internet

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



Belangrijke telefoonnummers

Agis Zorgservice	0900 266 94 63 (€ 4 ct p/m)
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Agis Topkraamzorg	0900 88 07 (€ 10 ct p/m)