

Polisvoorwaarden 2004

Agis Compactpolis

Geachte verzekerde,

Dit zijn de polisvoorwaarden van de Agis 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 u 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 deze verzekering 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 10 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 achterzijde van deze polisvoorwaarden.

Agis Zorgverzekeringen
december 2003

Inhoudsopgave

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

Lijst van verstrekkingen

1 Preventie	15
a. Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	15
b. Anticonceptiva	15
2 Tandheelkundige hulp	16
a. Tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese)	15
3 Paramedische hulp	16
a. Fysiotherapie	16
b. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	16
4 Therapieën	17
a. Acnetherapie	17
b. Camouflagetherapie	17
c. Elektrische- of laserepilatie	17
d. Stottertherapie	17
5 Extra vergoedingen	18
a. Sport Medisch Advies	18
b. Patiëntenvereniging	18
c. Second opinion	18
6 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)	18
7 Facultatieve dekking tandheeskunde: Tand Compact	20

Algemene voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering:

De overeenkomst van zorgverzekering gesloten tussen verzekeringnemer en verzekeraar die recht geeft op de bij deze polisvoorwaarden bepaalde verstrekkingen of vergoedingen. Deze verzekering kan niet worden gesloten zonder dat de verzekeringnemer ook een hoofdverzekering heeft.

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.

Bedrijfsarts:

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

Gekwalificeerd zorgverlener:

Zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen gesteld door de Nederlandse wet en die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Hoofdverzekering:

De overeenkomst van zorgverzekering (ziekenfondsverzekering) gesloten tussen ziekenfondsverzekeraar de onderlinge waarborgmaatschappij Agis Zorgverzekeringen u.a. en verzekeringnemer.

Huisarts:

Een in Nederland 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.

Inschrijfformulier:

Verzoek tot sluiten van een overeenkomst van zorgverzekering.

Kaakchirurg:

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar:

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

Letselschadeservice:

De hulp bij het verhalen van persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade.

Medische noodzaak:

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

Mondhygiënist:

Een in Nederland gevestigde mondhygiënist(e), die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

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.

Polisblad:

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering.

Specialist:

Een in Nederland gevestigde arts die 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.

Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaan dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aanneemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

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.

Compactpolis

Verzekeringnemer:

Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

Wet BIG:

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Zorgaanspraken:

Verstrekingen of vergoedingen aangaande zorgverlening waar de verzekerde krachtens de aanvullende verzekering recht op heeft.

Zorgverlener:

Een medische, paramedische of alternatieve zorgverlener, ten aanzien van wiens zorg op grond van de verzekeringsvoorwaarden recht op vergoeding bestaat.

2 Inschrijving aanvullende verzekering

- 1 Degene die een hoofdverzekering heeft gesloten kan 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 een aspirant-verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren:
 - ingeval een hoofdverzekering of aanvullende verzekering wegens wanbetaling door verzekeraar is beëindigd;
 - als is komen vast te staan dat de verzekeraar of de o.w.m. Agis u.a. in het verleden schade heeft geleden door onrechtmatige gedraging van de aspirant-verzekerde.
- 3 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de verzekeringnemer in het kader van de hoofdverzekering worden aangegaan. Eventuele meeverzekerden zijn dan tevens aanvullend verzekerd.
- 4 De aspirant - verzekeringnemer kan geen aanvullende verzekering afsluiten als voorzienbaar is dat de hoofdverzekering, binnen drie maanden na ontvangst van het inschrijfformulier, wordt beëindigd.
- 5 De verzekering geldt gedurende een kalenderjaar. Wanneer de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt dan heeft de verzekering een looptijd vanaf de dag waarop de inschrijving plaatsvindt tot het einde van het betreffende kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze overeenkomst opzegt als bepaald in art. 17 Beëindiging van de verzekering.
- 6 Als de verzekerde is ingeschreven voor een aanvullende verzekering wordt dat vermeld op het polisblad.
- 7 Als de verzekeraar het inschrijvingsverzoek heeft ontvangen, schrijft deze de verzekerde in per 1 januari volgend op het jaar waarin het inschrijvingsverzoek is ontvangen. 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. Artikel 2 leden 2 en 4 zijn onverminderd van toepassing.

3 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. Dit houdt in dat de verzekeraar de eventueel reeds betaalde premie terugstort en de verzekeringnemer is gehouden de eventueel betaalde zorgkosten terug te betalen.
- 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.

4 Premie

- 1 De premie wordt vastgesteld door de verzekeraar.
- 2 De premie is verschuldigd vanaf de eerste vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden.
- 3 De premie is maandelijks bij vooruitbetaling verschuldigd op de premievervaldag en dient gelijktijdig met de nominale premie ziekenfondsverzekering te worden betaald.
- 4 Bij het niet of gedeeltelijk niet voldoen van de premie is de verzekeringnemer zonder nadere ingebrekestelling in verzuim.
- 5 Vanaf de dag dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen.
- 6 De verzekeraar zal bij een verzuimtermijn van een maand overgaan tot het nemen van incassomaatregelen. De verzekeringnemer is in dat geval gehouden, naast de wettelijke rente, de buitengerechtelijke incassokosten ad 15% van de hoofdsom en eventuele proces- en executiekosten te voldoen.
- 7 Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met van de verzekeraar te vorderen bedragen.
- 8 Bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt, behoudens de situatie als bedoeld in artikel 3 lid 1, geen premierestitutie plaats.

5 Schorsing van rechten

- 1 Indien de verzekeringnemer een maand in verzuim blijft met het voldoen van de premie dan is de verzekeraar gerechtigd de dekking van de verzekering te schorsen.
- 2 De schorsing van de dekking gaat in op de dag dat de premie betaald had moeten zijn (de premievervaldag).
- 3 De schorsing houdt in dat de kosten van zorg gerelateerd aan zorgverlening die tijdens de periode van de schorsing heeft plaatsgevonden, niet vergoed worden door de verzekeraar.
- 4 Gedurende de schorsing van de dekking blijft de premie verschuldigd.
- 5 De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag (dat kan bestaan uit: de verschuldigde premie, de buitengerechtelijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten) door de verzekeringnemer is voldaan.
- 6 Indien de verzekeringnemer twee maanden in verzuim blijft met het voldoen van het verschuldigde bedrag (dat kan bestaan uit: de verschuldigde premie, de buitengerechtelijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten) dan kan de verzekeraar de verzekering opzeggen.

6 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.

7 Extra tandheelkundige dekking

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van tandheelkundige zorg extra worden bijverzekerd. De verzekeraar kan bepaalde dekkingcombinaties 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.

8 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 dekking- 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 zorgaanpak 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.

9 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.

10 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 muerij 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.

11 Terrorismedekking

In aanvulling op de polisvoorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)' van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam gedeponeerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocolafwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponeerd onder nummer 79/2003. Registratie heeft tevens plaatsgevonden bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage op 12 juni 2003 onder nummer 27178761. Op aanvraag verstrekt de maatschappij kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl.

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 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen.
- 2 Mededelingen verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer 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 behandel-

datum, 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.
- 4 Agis behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtsstreeks declareren door de zorgverlener.
- 5 Agis betaalt in dat geval de nota aan de zorgverlener. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis van de betreffende verzekeringsnemer vallen, dan wordt bij de verzekeringnemer deze post in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan Agis betaald te worden op dezelfde wijze als waarop de premie aan Agis betaald wordt.

17 Beëindiging van de verzekering

- 1 De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag waarop de hoofdverzekering eindigt.
- 2 De verzekering eindigt bij overlijden van de verzekeringnemer.
- 3 De verzekering eindigt wanneer verzekeringnemer ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben en hierop zijn rechten op de hoofdverzekering verliest.
- 4 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer gedurende tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van zijn premie of de overige verschuldigde kosten (o.a. de buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).
- 5 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen wanneer zij schade lijdt door onrechtmatig handelen van de verzekeringnemer of de verzekerde.
- 6 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien verzekerde naar het oordeel van de verzekeraar niet alle inlichtingen verstrekt die de verzekeraar noodzakelijk acht voor een goede uitvoering van de verzekering, of in het geval de verzekerde met opzet een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.
- 7 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer of de verzekerde zijn verplichting(en) niet nakomt uit hoofde van de overeenkomst van verzekering.
- 8 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeraar zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op een verzwijging van omstandigheden die voor de verzekeraar van zodanig belang zijn dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen.
- 9 De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen telkenmale per 31 december (de expiratedatum), met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 10 De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen zonder in acht name van de opzegtermijn, indien de verzekeraar de premie of polisvoorwaarden tussentijds wijzigt. In dat geval dient de verzekeringnemer binnen een termijn van 30 dagen na kennisname van de wijziging de verzekeraar schriftelijk over die opzegging te informeren. De verzekering eindigt dan op de datum waarop de wijziging ingaat.
- 11 De verzekeringnemer kan de overeenkomst niet opzeggen als in lid 10 wordt bedoeld, indien:
 - de wijziging van de premie of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke bepalingen of maatregelen;

- de wijziging een verlaging van de premie inhoudt bij gelijkblijvende dekking;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking inhoudt bij gelijkblijvende premie;
- de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waar aan de premie is gekoppeld.

18 Beëindiging van de dekking

De dekking eindigt voor de verzekerde afzonderlijk, zodra:

- hij naar het oordeel van verzekeraar niet alle inlichtingen heeft verstrekt die de verzekeraar noodzakelijk acht voor de goede uitvoering van de verzekering;
- hij als meeverzekerd kind in het huwelijk treedt;
- hij overlijdt;
- hij ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben en zijn rechten op de hoofdverzekering verliest.

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 tot u herleidbare persoonsgegevens die u verstrekt, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Deze gegevens gebruiken wij voor het accepteren van uw aanvraag, voor het uitvoeren van de ziektekostenverzekering, ten behoeve van het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering en het tegengaan van fraude. De persoonsgegevens kunnen aan derden worden verstrekt voor zover dat voor de uitvoering van de ziektekostenverzekering of voor zover dat voor de uitvoering van de overige hiervoor genoemde doelen van verwerking van de persoonsgegevens noodzakelijk is. Hieronder valt mede verstrekking van de persoonsgegevens aan zorgverleners of het Regionaal Indicatie Orgaan. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Onze gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

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: 070 333 89 99.

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

- 1 De letselschadeservice verleent 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.
- 2 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Dit expertisebureau kan u ook bijstaan in het verhalen van uw persoonlijke schade. Informatie vindt u in onze brochure Agis letselschadeservice. U kunt deze brochure aanvragen via onze Klantenservice, via onze website of via onze Servicepunten. Zie voor meer informatie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

24 Ingangsdatum polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2004.

Lijst van verstrekkingen (als bedoeld in artikel 6 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: maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

b Anticonceptiva

1 Anticonceptie pil

Omschrijving: vergoeding van tweede generatie anticonceptiepillen en Cerazette® (minipil) voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig, benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts, arts Rutgershuis of specialist (alleen voor de 1e aanschaf is een recept nodig).

Bijzonderheden:

- de volgende tweede generatie pillen worden vergoed: Binordiol®, Lovette®, Microgynon 30®, Microgynon 50®, Mini Pregnon®, Ministat®, Modicon®, Neocon®, Neo Stediril®, Neogynon 21®, Norlevo®, Ovanon®, Stediril 30®, Stediril D®, Trigynon®, Trinordiol® of Trinovum®;
- andere dan hier genoemde anticonceptiepillen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2 Overige anticonceptiemiddelen

Omschrijving: vergoeding van overige anticonceptiva voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig, benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts, arts Rutgershuis of specialist.

Bijzonderheden:

- de volgende middelen kunnen worden vergoed: Depo Provera® (prikpil) en Flexi T + 300®, Gynefix Copper®, Mirena®, Multiload-Cu 375 Standaard®, Multiload-Cu 375 SI®, Nova T I® (spiraaltjes).
- spiraaltjes geplaatst in het ziekenhuis vallen niet onder deze verstrekking. Deze worden door het ziekenhuis betaald;
- andere dan de hier genoemde overige anticonceptiemiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2 Tandheelkundige hulp

a 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 vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar).
- Vergoeding:** • 75% tot maximaal € 50- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).
- Bijzonderheden:** • de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding indien de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- 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 WTG 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.

3 Paramedische hulp

a Fysiotherapie

- Omschrijving:** fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- Zorgverlening:** door Agis gecontracteerde fysiotherapeut.
- Vergoeding:** de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
- Verwijzing:** huisarts of specialist.
- Bijzonderheden:** onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- ### b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck
- Omschrijving:** oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- Zorgverlening:** door Agis gecontracteerde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.
- Vergoeding:** de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
- Verwijzing:** huisarts of specialist.
- Bijzonderheden:** onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

4 Therapiën

a Acnetherapie

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

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

Vergoeding: 50% tot maximaal € 150,- 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 kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten).

Vergoeding: 50% tot maximaal € 150,- 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 Anbos 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 € 350,- 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 € 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de huisarts.

5 Extra vergoedingen

a Sport Medisch Advies

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

Vergoeding: maximaal € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.

b Patiëntenvereniging

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

Vergoeding: maximaal € 25,- 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 € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

6 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelinden 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 maximumbedragen 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 € 225,- 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.

Compactpolis

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 declaratieformulier, 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:

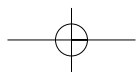
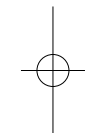
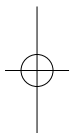
- het verblijf in het buitenland heeft niet uitsluitend of mede ten doel aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijd sport;
- de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;
- als, zo deze 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.

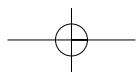
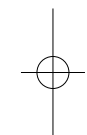
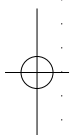
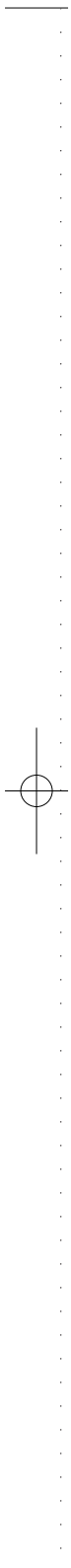
Kosten in verband met of ten gevolge van de volgende omstandigheden komen niet voor vergoeding in aanmerking:

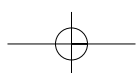
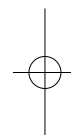
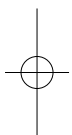
- werkzaamheden waaraan bijzondere arbeids- of bedrijfsgevaaren zijn verbonden;
- de beoefening van alle soorten wintersport, met uitzondering van sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- bergtochten over wegen of terreinen die niet zonder bezwaar voor ongeoeffenden begaanbaar zijn;
- 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 gevaaren zijn verbonden.

7 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:**
- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ, en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
 - 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** (€ 0,04 per minuut)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen

Postbus 19

3800 HA Amersfoort

Persoonlijk

Bij onze Servicepunten kunt u terecht voor persoonlijk advies.

Adressen en openingstijden vindt u op onze site.

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 Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,04 per minuut)

Agis Zorgservice **0900 266 94 63** (€ 0,04 per minuut)

Agis Alarmcentrale **020 342 12 12**

Agis Topkraamzorg **0900 88 07** (€ 0,10 per minuut)