

Polisvoorwaarden 2003

Agis Compleetpolis

Geachte verzekerde,

Dit zijn de polisvoorwaarden van de Compleetpolis. 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 Compleetpolis 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 achterzijde van deze polisvoorwaarden.

Agis Zorgverzekeringen
december 2002.

Inhoudsopgave

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

Lijst van verstrekkingen

1	Preventie	15
	a. Gezondheidscurssussen	15
	b. Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	15
2	Met ziekenhuis samenhangende zorg	15
	a. Ouderverblijf bij opname kind	15
3	Zorg in verband met de geboorte van een kind	15
	a. Topkraamzorg	15
	b. Zwangerschapscursus	16
4	Thuiszorg	16
	a. Terminale zorg door vrijwilligers thuis	16
5	Hulpmiddelen	16
	a. Borstprothese	16
	b. Hoortoestel, maskeerder	16
	c. Brillenglazen en/of contactlenzen	16
	d. Orthopedisch/allergeenvrij schoeisel	17
	e. Steunpessarium	17
	f. Pruik	17
6	Tandheelkundige hulp	17
	a. Tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese)	17
	b. Orthodontie	17
	c. Volledige uitneembare gebitsprothese	18
	d. Kroon- en brugwerk (inclusief implantaten) voor verzekerden tot 18 jaar (na een ongeval)	18
7	Paramedische hulp	18
	a. Fysiotherapie	18
	b. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	19
8	Alternatieve geneeswijzen en antroposofische geneeskunde	19
	a. Alternatieve geneeswijzen	19
	b. Antroposofische geneeskunde	19
9	Therapieën	20
	a. Acnetherapie	20
	b. Camouflagetherapie	20
	c. Elektrische- of laserepilatie	20
	d. Manuele lymfedrainage	21
	e. Psoriasis therapie	21
	f. Stottertherapie	21
	g. Warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten	21
	h. Podotherapie	21

10	Extra vergoedingen	22
	a. Sport Medisch Advies	22
	b. Herstellingsoord	22
	c. Kuurbehandeling	22
	d. Therapeutisch kamp	22
	e. Patiëntenvereniging	22
	f. Second opinion	23
	g. Besnijdenis	23
	h. Vakantiereis Rode Kruis of Zonnebloem	23
	i. Verpleegartikelen	23
	j. Reiskosten ziekenbezoek	23
11	Spoeedeisende hulp in het buitenland	23
12	Facultatieve dekking tandheelkunde	25
13	Beroepsverenigingen	26

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.

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.

Kraamcentrum:

een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar erkende instelling.

Kraamzorg:

de zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

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 tandartsspecialist 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.

Thuiszorgorganisatie:

een in Nederland gevestigde toegelaten regionale kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie die thuiszorg biedt, welke aanvullend is op de reguliere thuiszorg en mantelzorg.

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 zorgaanpakken (vergoedingen en/of verstrekkingen) die een aanvulling vormen op de zorgaanpakken 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 premievervaldag, 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 wachttijd is verstreken.
- 2 Als de aanvullende verzekering gelijktijdig aanvangt met de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij de verzekeraar, is geen wachttijd 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 wachttijd van twee maanden alvorens aanspraak bestaat op verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering. Deze wachttijd 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 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.

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 muiterij 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 verstrekingen 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 de 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 materiele 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 Gezondheids cursussen

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 22,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een certificaat of kopiebewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

b 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 € 68,- 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 Met ziekenhuis samenhangende zorg

a Ouderverblijf bij opname kind

Omschrijving: bijdrage in de kosten van noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een op de polis verzekerd kind (tot 18 jaar).

Vergoeding: € 11,- per nacht.

Bijzonderheden: recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien ouders en kind bij Agis Zorgverzekeringen verzekerd zijn (ziekenfonds of particulier).

3 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a Topkraamzorg

Omschrijving:

- volledig kraampakket;
- vergoeding eigen bijdrage bij kraamzorgthuis.

Vergoeding: eigen bijdrage bij kraamzorg thuis.

Bijzonderheden:

- de verzekerde dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallings-datum contact op te nemen met het centrale meldpunt voor Agis Topkraamzorg; zie voor telefoonnummer achterzijde van deze polisvoorwaarden;
- de verzekerde die gebruik maakt van Agis Topkraamzorg ontvangt een kraampakket in de zesde of zevende maand van de zwangerschap.

TIP

Bel het telefoonnummer op de achterzijde van deze polisvoorwaarden voor Agis Topkraamzorg uiterlijk vijf maanden voor de bevalling.

b Zwangerschapskursus

Omschrijving: het volgen en afronden van een zwangerschapskursus.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorginstelling of een andere instantie waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 22,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopiebewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

4 Thuiszorg

a Terminale zorg door vrijwilligers thuis

Zorgverlening: vrijwilligersorganisatie die is aangesloten bij het steunpunt van de Landelijke Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ).

Vergoeding: maximaal € 113,-.

Bijzonderheden: vergoeding wordt uitsluitend verleend op basis van nota VTZ.

5 Hulpmiddelen

a Borstprothese

Omschrijving: eigen bijdrage die bij aanschaf van een borstprothese op basis van het Hulpmiddelenreglement verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 45,- per prothese.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als tevens vergoeding krachtens de Ziekenfondswet op basis van het Hulpmiddelenreglement heeft plaatsgevonden.

b Hoortoestel/maskeerder

Omschrijving: eigen bijdrage die bij aanschaf van een hoortoestel/maskeerder op basis van het Hulpmiddelenreglement verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 34,- per toestel.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als tevens vergoeding krachtens de Ziekenfondswet op basis van het Hulpmiddelenreglement heeft plaatsgevonden.

c Brillenglazen en/of contactlenzen

Omschrijving: brillenglazen en/of contactlenzen met een sterkte van tenminste 2,0 dioptrieën.

Vergoeding: maximaal € 45,- per verzekerde per vijf kalenderjaren.

- Bijzonderheden:
- voor de berekening van het aantal dioptrieën worden een eventuele cilinder en het leesgedeelte niet meegeteld;
 - het aantal dioptrieën moet uit de nota blijken;
 - zonnebrillen, gekleurde contactlenzen zonder sterkte en brilmonturen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

d Orthopedisch/allergeenvrij schoeisel

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage die bij aanschaf van orthopedisch/allergeenvrij schoeisel op basis van het Hulpmiddelenreglement verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 22,- per paar.

- Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als tevens vergoeding krachtens de Ziekenfondswet op basis van het Hulpmiddelenreglement heeft plaatsgevonden.

e Steunpessarium

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

Voorschrift: behandelend arts.

f Pruik

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage die bij aanschaf van een pruik op basis van het Hulpmiddelenreglement verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 45,- per pruik.

- Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als tevens vergoeding krachtens de Ziekenfondswet op basis van het Hulpmiddelenreglement heeft plaatsgevonden.

6. 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 jeugdtandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar).

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- 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 ziekenfondswet / ABWZ, en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

b Orthodontie

Zorgverlening: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: 90% tot maximaal € 750,- voor de duur van de verzekering.

- Bijzonderheden: De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien:
- de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de ziekenfondswet/ABWZ, en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

- niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik .

c Volledige uitneembare gebitsprothese

Zorgverlening: tandarts, subfaculteit tandheelkunde, centrum voor bijzondere tandheelkunde, een instelling voor jeugdtandverzorging of een tandprotheticus (mits deze laatste hiertoe een overeenkomst heeft gesloten met de verzekeraar).

Vergoeding: wettelijke eigen bijdrage die verschuldigd is bij de aanschaf van een volledige uitneembare onder- en/of bovenprothese: maximaal € 100,- per verzekerde.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als vergoeding krachtens de Ziekenfondswet heeft plaatsgevonden.

d Kroon- en brugwerk (inclusief implantaten) voor verzekerden tot 18 jaar (na een ongeval)

Zorgverlening: tandarts, subfaculteit tandheelkunde, centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugdtandverzorging.

Vergoeding: volledig, inclusief techniekkosten, per verzekerde per gebeurtenis.

Bijzonderheden: recht op volledige vergoeding uitsluitend indien:

- de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij de verzekeraar, en door de verzekeraar wordt toegestaan, en
- de gebitschade een direct gevolg is van een ongeval, en
- de behandeling beperkt blijft tot de frontelementen, en
- de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de ziekenfondswet/ABWZ, en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Bijzonderheden met betrekking tot het onder a tot met d genoemde:

- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgaanbieder.
- 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 zorgaanbieder 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.

7 Paramedische hulp

a Fysiotherapie

Zorgverlening: fysiotherapeut.

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

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden: onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek (zie artikel 3b, zwangerschapskursus), 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 Zorgverzekeringen.
- Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.
- Bijzonderheden: onder oefentherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek (zie artikel 3c, zwangerschapscurcus), sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

8 Alternatieve geneeswijzen en antroposofische geneeskunde

- a Alternatieve geneeswijzen**
- Omschrijving:
- acupunctuur;
 - chiropractie;
 - haptotherapie;
 - homeopathie (klassiek);
 - manuele geneeskunde;
 - Moermantherapie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - neuraaltherapie;
 - orthomanipulatie;
 - orthomoleculaire geneeskunde;
 - orthopedische geneeskunde;
 - osteopathie.
- Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.
- Vergoeding: 75% tot maximaal € 340,- voor de gezamenlijke kosten van de genoemde antroposofische geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.
- Vergoeding:
- homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, apotheekhoudende huisarts of (klassiek) homeopaat.
 - de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- b Antroposofische geneeskunde**
- Omschrijving:
- consult en behandeling;
 - dieettherapie;
 - kunstzinnige therapie;
 - heileuritmie;
 - uitwendige therapieën;
 - antroposofische psychische hulpverlening;
 - antroposofische geneesmiddelen;
 - consultatiebureau.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 340,- voor de gezamenlijke kosten van de genoemde antroposofische geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding is inclusief de kosten van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.

Voorschift: antroposofisch arts.

Bijzonderheden:

- antroposofische en homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudende huisarts.
- de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Bij samenloop van een verstrekking kan slechts bij één verstrekkingensoort aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

9 Therapieën

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: 75% tot maximaal € 181,- 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;
- tepelhofatoeage.

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 181,- per verzekerde voor de duur van de 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: 75% tot maximaal € 567,- 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 Manuele lymfedrainage

Omschrijving: behandeling van ernstig lymfoedeem.

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend arts.

e Psoriasis therapie

Omschrijving: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Zorgverlening: centrum waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 453,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend arts.

f Stottertherapie.

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 340,- per verzekerde, voor de duur van de verzekering.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de huisarts.

g Warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten

Omschrijving: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor verzekerden met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct.

Zorgverlening: fysiotherapeut, oefentherapeut of een patiëntenvereniging waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend arts.

h Podotherapie

Omschrijving: onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels of therapeutische zolen.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden .

Vergoeding: 75% tot maximaal € 90,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: orthopedische steunzolen behoren niet tot podotherapie.

10 Extra vergoedingen

a Sport Medisch Advies

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

Vergoeding: maximaal € 45, per verzekerde per kalenderjaar.

b Herstellingsoord

Omschrijving: behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na een lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben.

Zorgverlening: een niet AWBZ- erkend herstellingssoord waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: € 34,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van of namens de verzekerde.

c Kuurbehandeling

Omschrijving: kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoening in Nederland of in het buitenland.

Zorgverlening: kuurcentrum waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 680,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend reumatoloog.

Bijzonderheden:

- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (en vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

d Therapeutisch kamp

Omschrijving: verblijfkosten in een therapeutisch kamp voor lichamelijk gehandicapte jongeren tot 18 jaar.

Vergoeding: € 6,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

e Patiëntenvereniging

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

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

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van betalingsbewijs.

f Second opinion

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

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

g Besnijdenis

Omschrijving: circumcisie bij mannelijke verzekerden op culturele of religieuze gronden.

Zorgverlening: zorgverlener waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 50% tot maximaal € 147,- per verzekerde.

h Vakantiereis Rode Kruis of Zonnebloem reis

Omschrijving: vaarweek of een vakantiereis van het Rode Kruis of de Zonnebloem voor ernstig zieke verzekerden.

Vergoeding: maximaal € 56,- per verzekerde per kalenderjaar.

i Verpleegartikelen

Omschrijving: maximaal 6 maanden huur van verpleegartikelen aansluitend aan de gratis uitleen- periode door een AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie.

Vergoeding: volledig.

j Reiskosten ziekenbezoek

Omschrijving: vervoer in verband met ziekenbezoek aan een (mee)verzekerd gezinslid die is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis) die op een afstand van 40 kilometer of meer gelegen is van het woonadres van het bezoekende gezinslid.

Vergoeding: € 0,20 per kilometer bij gebruik van auto of kosten openbaar vervoer op basis van tweede klasse tot maximaal € 113,-.

- Bijzonderheden:
- voor de bepaling van de afstand wordt uitgegaan van de kortste gebruikelijke route;
 - de vergoeding wordt berekend over de totale reisafstand;
 - de vergoeding wordt verleend per opgenomen gezinslid ongeacht het aantal bezoekende personen;
 - uitsluitend als de totale duur van één opname een aaneengesloten periode van vier weken overschrijdt;
 - recht op bijdrage bestaat uitsluitend als ook het opgenomen gezinslid bij Agis Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier).

11 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studie-doel-einden 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

Neem altijd als u naar het buitenland gaat uw Zorgpas met het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: 020 342 12 12.

- 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 voordat 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 daard een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijdport;

- 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.

12 Facultatieve dekking tandheelkunde:

Tand Compleet of Tand Comfort (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 jeugdtandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar).
- Vergoeding:** Een **extra** vergoeding van 75% tot maximaal € **450,-** per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien **Tand Compleet** is meeverzekerd;
Een **extra** vergoeding van 75% tot maximaal € **900,-** indien **Tand Comfort** is meeverzekerd.
- Bijzonderheden:**
- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener.
 - 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.

13 Beroepsverenigingen

Acupunctuur:

- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)
- Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGVA)
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG)(NVTG)

Antroposofie:

- Consult en behandeling: Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
- Dieettherapie: Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam in de antroposofie (NVDA)
- Heileuritmie: Nederlandse Vereniging voor Eurythmietherapie
- Kunstzinnige therapie: Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapie op antroposofische grondslag (NVKT)
Vereniging van Actief Beeldende Therapeuten, SAMPO
- Psychische hulpverlening:
Nederlandse Vereniging ter bevordering van Antroposofische Psychotherapie
Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners vanuit de antroposofie
- Uitwendige therapieën:
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
Nederlandse Vereniging van Antroposofisch Verpleegkundigen (NVAV)

Chiropractie

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Stichting Nationaal Register Chiropractoren (SNRC)

Eerstelijnspsychologie

- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)

Haptotherapie

- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)

Homeopathie (klassiek)

- Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- Register van Klassiek Homeopaten (NOKH)

Manuele geneeskunde

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

Moermantherapie

- Artsen vereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie.
- Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding

Natuurgeneeswijzen

- Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG)
- Nederlandse Werkgroep van Praktijzens (NWP)

Neuraaltherapie

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

Orthomanipulatie

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG)

Orthomoleculaire geneeskunde

- Maatschappij ter bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

Orthopedische geneeskunde

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG)

Osteopathie

- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

Podotherapie

- Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVP)
- Nederlandse Vereniging voor Podo-Kinesiologie
- Omni Podo Genootschap (OPG)
- Stichting LOOP

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)

