

Polisvoorwaarden 2003

Agis Zorgpolis

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de polisvoorwaarden aan van uw Agis Zorgpolis. In de voorwaarden 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 bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

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

Dekking

De Agis Zorgpolis biedt u een uitgebreide dekking tegen ziektekosten, zoals preventieve zorg, zorg in uw omgeving (huisarts, geneesmiddelen), (huid-)therapieën, hulpmiddelen, specialistische hulp en (bijzondere) ziekenhuiszorg, verblijf buitenshuis (herstellingsoord) en hulp in het buitenland. Daarnaast kunt u als facultatieve dekking tandheelkunde meeverzekeren.

In de Agis Zorgpolis is een aantal dekkingen naar keuze uit te sluiten. Door uit te sluiten krijgt u korting op uw premie. Door u gemaakte kosten die onder een door u uitgesloten dekking vallen worden dan niet vergoed.

In de omschrijving van de dekkingen is gekozen voor een leesbare stijl en een overzichtelijke aanpak. Per dekkingsonderdeel wordt zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Vergoeding, Voorschrift, Machtiging en Bijzonderheden.

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie bedoeld is om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er, afgezien van eventuele "gekozen" uitsluitingen, situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw recht op vergoeding.

Overige bepalingen

De overige bepalingen hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en een eventueel eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering.

Bij "verplichtingen van de verzekeringnemer" kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvan bij de verzekeraar wilt indienen.

Agis Ziektekostenverzekeringen NV
december 2002

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	5
2	Dekking	9
2.1	Omvang van de dekking	9
2.2	Uitsluitingen	9
3	Algemeen	10
3.1	Grondslag van de verzekering	10
3.2	Begin en einde van de vergoeding	11
3.3	Registratie van persoonsgegevens	11
3.4	Agis Zorgservice	11
3.5	Letselschadeservice	12
3.6	Ingangsdatum polisvoorwaarden	12
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	12
4.1	Verhaal	12
4.2	Afhandeling schade	12
5	Premie	13
5.1	Premiebetaling	13
5.2	Schorsing recht op vergoedingen	13
5.3	Eigen risico	14
5.4	Kennisgeving	14
6	Wijziging van premie of voorwaarden	15
7	Begin, duur en einde van de verzekering	15
8	Geschillenregeling en toepasselijk recht	16
9	Dekking Agis Zorgpolis	17
9.1	Preventie	17
	a. Gezondheids cursussen	17
	b. Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	17
9.2	Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)	17
9.3	Medisch-specialistische hulp en onderzoek	18
	a. Medisch-specialistische hulp, poliklinisch	18
	b. Audiologische hulp	18
	c. Chronisch intermitterende beademing	18
	d. Erfelijkheidsonderzoek	18
	e. Leukemie bij kinderen	19
	f. Second opinion	19
	g. Trombosedienst	19
9.4	Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	19
	a. Opname	19
	b. Dagverpleging	19
	c. In vitro fertilisatie en fertiliteitbevorderende behandelingen voor vrouwelijke verzekerden	20
	d. Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis	20
	e. Nierdialyse	20
	f. Ouderverblijf bij opname kind	20
	g. Orgaantransplantatie	21
	h. Pensionkosten na transplantatie	21
	i. Sterilisatie en abortus	21
	j. Zorghotel	21

9.5	Zorg in verband met de geboorte van een kind	21
	a. Bevalling en kraambed in ziekenhuis (medisch noodzakelijk)	21
	b. Poliklinische bevalling en kraambed (niet medisch noodzakelijk)	22
	c. Bevalling en kraambed thuis	22
	d. Volledig kraampakket	23
	e. Zwangerschaps cursus	23
	f. Heupondersteuningsband bij zwangerschap	23
9.6	Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)	23
9.7	Hulpmiddelen	24
	a. Hulpmiddelen	24
	b. Brillenglazen en/of contactlenzen	25
	c. Plaswekker	25
	d. Steunzolen	25
9.8	Revalidatie	25
9.9	Ziekenvervoer	26
9.10	Tandheelkundige hulp	26
	a. Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	27
	b. Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder	27
	c. Bijzondere tandheelkundige hulp	28
9.11	Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)	29
	a. Fysiotherapie	29
	b. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	29
	c. Logopedie	29
	d. Ergotherapie	30
9.12	Alternatieve geneeswijzen en antroposofische geneeskunde (dekking naar keuze uit te sluiten)	30
	a. Alternatieve geneeswijzen	30
	b. Antroposofische geneeskunde	31
9.13	Psychische hulpverlening	31
	a. Eerstelijnspsychologie	31
	b. Orthopedagogie	31
	c. (Kortdurende) oncologische psychosociale hulp	32
9.14	Therapieën	32
	a. Huidtherapie	32
	b. Overige therapieën	32
9.15	Extra vergoedingen	33
	a. Herstellingsoord	33
	b. Kuurbehandeling	33
	c. Therapeutisch kamp	33
	d. Patiëntenvereniging	33
	e. Sportmedisch advies	33
	f. Overgangsconsulenten	34
	g. Whiplash	34
9.16	Buitenlanddekking	34
	a. Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)	34
	b. EU-dekking (niet spoedeisend)	35
10	Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)	36
11	AWBZ	36
12	Beroepsverenigingen	37

1 Begripsomschrijvingen

Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van de Volksgezondheid.

Arts

Een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Audiologisch centrum

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten

De neventarieven die op grond van de WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg) door de instelling, het ziekenhuis of laboratorium in rekening mogen worden gebracht.

Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Een in Nederland gevestigd universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist of kaakchirurg.

Ergotherapeut

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

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Gezin

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden.

Huisarts

Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

Hulpmiddelen

De middelen die in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Hulpmiddelen-reglement zijn opgenomen.

Kaakchirurg

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

Kinderen

- a de tot het gezin behorende inwonende, ongehuwde, eigen en/of adoptie-kinderen tot 18 jaar en/of;
- b de tot het gezin behorende studerende, inwonende, ongehuwde c.q. eigen adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering of aanspraak bestaat op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in het levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar erkend kraamcentrum.

Kraaminrichting

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Kraamzorg

Zorg te verlenen door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

Letselschadeservice

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

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

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

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.

Oefentherapeut

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een persoon, van buiten af en buiten diens wil, waardoor aantoonbaar letsel is veroorzaakt.

Orthodontist

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

Privé-kliniek

Een binnen Nederland gevestigde instelling waar onderzoek en medisch specialistische behandelingen plaatsvinden, voor zover deze niet gefinancierd is met AWBZ- of andere overheidsmiddelen.

Onder een privé-kliniek wordt ook verstaan een kliniek die geheel of gedeeltelijk de functies van erkende inrichtingen overneemt, mits de privé-kliniek verbonden is aan of een duidelijk samenwerkingsverband heeft met een erkend ziekenhuis.

Specialist

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verzekeraar

Agis Ziektekostenverzekeringen NV, verder te noemen: de verzekeraar.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is genoemd.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos.

Ziekenvervoer

Het medisch geïndiceerd vervoer in Nederland van de verzekerde zelf, verband houdend met medische behandeling ten behoeve van deze verzekerde, mits de kosten van deze behandeling geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon die medische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen.

2 Dekking

2.1 Omvang van de dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de in de dekkingsrubrieken genoemde medische behandelingen gemaakt door de verzekerde personen. Vergoeding geschiedt volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze, in beginsel binnen de eigen woonplaats of naaste omgeving, van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist en apotheek.

TIP

**In een aantal gevallen bestaat er geen recht op vergoeding.
U leest dit hieronder in artikel 2.2 UITSLUITINGEN.**

2.2 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 1 die verband houden met een ziekte of afwijking, die al bestond voor het aangaan van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (waaronder tevens wordt begrepen verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico) en waarvan de verzekerde op de hoogte was of al klachten ondervond, terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanmeldingsformulier of een eventuele medische verklaring;
- 2 van ziekte of ongevallen die het gevolg zijn van opzet of grove schuld van de verzekerde;
- 3 als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten gemaakt zou kunnen worden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 4 van niet-reguliere geneeswijzen, waaronder celtherapie, chelatietherapie, bepaalde sera (ter beoordeling aan de verzekeraar), keuringen en het afgeven van attesten;
- 5 van vormverbeterende operaties van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, alsmede de hiermee verband houdende kosten van opgetreden complicaties. Het voorgaande is niet van toepassing als er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of een ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 6 van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort;
- 7 van onderzoek of behandeling door een hoogleraar/specialist, tenzij verwijzing door een specialist heeft plaatsgevonden. Zonder deze verwijzing wordt vergoed op basis van de kosten van een specialist/niet-hoogleraar;
- 8 van hulp en begeleiding door personen en instellingen die zich bewegen op maatschappelijk terrein en die als zodanig hun bevoegdheden niet ontlenen aan een erkenning door of namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

- 9 als de verzekerde zich niet houdt aan de polisvoorwaarden, tenzij overmacht wordt aangetoond;
- 10 als de verzekerde zich aan een noodzakelijke geneeskundige behandeling onttrekt;
- 11 van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd;
- 12 a van schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 - b de onder a genoemde uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
 - c voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het bepaalde onder b geen toepassing;
- 13 van de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en de kosten van bevolkingsonderzoek, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

- 1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier, de afzonderlijk daarbij verstreckte schriftelijke gegevens en de eventuele bij een keuring door de verzekerde verstreckte gegevens vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verzwijging: de verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen op het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.
- 3 Kinderen: voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:
 - a zij binnen twee maanden na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
 - b alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.
- 4 Acceptatie: tenzij anders is overeengekomen, is de beslissing tot het accepteren van de verzekering, respectievelijk uitbreiding of verhoging daarvan, gebaseerd op de door de deelnemer aan de verzekeraar verstreckte inlichtingen.
- 5 Voor alle verzekerden op een polis dient hetzelfde verzekeringspakket te worden gekozen, met dien verstande dat de facultatieve tandartsverzekering per verzekerde kan worden aangevraagd. De keuze van de verzekerde verpleegklasse is per verzekerde vrij, met dien verstande dat voor kinderen uitsluitend een derde klasse verzekering mogelijk is.

3.2 Begin en einde van de vergoeding

De deelnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de op het polisblad genoemde dekkingsonderdelen en tot de in deze polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

3.3 Registratie van persoonsgegevens

De op het aanmeldingsformulier verstrekte en eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verzekeraar hanteert ten aanzien van deze persoonsregistratie en het verwerken van persoonsgegevens de geldende privacywet (Wet Bescherming Persoonsgegevens).

3.4 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.

TIP

Bel de Agis Zorgservice met vragen over wachttijden voor operaties. Zie voor het telefoonnummer de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

3.5 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. 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.

TIP

Bel naar de Klantenservice met vragen over de Letselschadeservice. Voor telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

3.6 Ingangsdatum van de polisvoorwaarden

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

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verhaal

- 1 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de verzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
- 2 Het niet meewerken van de verzekerde kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.
- 3 De verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

4.2 Afhandeling schade

De verzekerde is verplicht om:

- a de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
- b de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking;
- c de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;

- d desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- e de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekerde dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier;
- f computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen;
- g alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.

TIP

Maak voor het indienen van NOTA'S altijd gebruik van het declaratieformulier. Dit bespoedigt de afhandeling.

5 Premie

5.1 Premiebetaling

- 1 Ten aanzien van de premiebetaling geldt het volgende:
 - a de eerste premie en/of wettelijke bijdragen zijn verschuldigd op de op het polisblad vermelde ingangsdatum van de verzekering;
 - b de daarop volgende premietermijnen zijn bij vooruitbetaling verschuldigd op de overeengekomen vervaldagen.
- 2 Bij tussentijdse beëindiging of wijziging van een verzekeringsovereenkomst waarvan de premie vooruit betaald is, wordt restitutie verleend dan wel suppletie in rekening gebracht vanaf de dag van beëindiging respectievelijk wijziging.
- 3 Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie en/of wettelijke bijdragen te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

5.2 Schorsing recht op vergoedingen

Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie en/of wettelijke bijdragen, gelden de volgende bepalingen:

- a bij niet-betaling van enige premietermijn binnen een maand nadat deze verschuldigd is geworden, is de verzekeraar zonder ingebrekestelling gerechtigd de dekking van de verzekering op te schorten. Deze opschorting wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie was verschuldigd;
- b ook over de periode van opschorting blijven premie en/of wettelijke bijdragen verschuldigd;
- c indien de verzekeraar maatregelen treft tot individuele incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer;
- d de dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering, door de verzekeraar is ontvangen;
- e voor de kosten van behandeling waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.3 Eigen risico

- 1 Van de verzekerde kosten is het op het polisblad genoemde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer.
- 2 Als voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximaal vergoedingsbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum onverminderd van kracht, zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna.
- 3 Als de verzekering ingaat na 1 januari van een kalenderjaar wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd. Het eigen risico wordt niet verlaagd bij een voortijdig einde van de verzekering. Een reeds ingehouden risico wordt niet gerestitueerd.
- 4 Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico wordt beschouwd als het sluiten van een nieuwe verzekering en dient vergezeld te gaan van een nieuw ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 5 Een door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het eerste schriftelijke verzoek aan de verzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
 - a de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet-tijdige voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na datum postmerk van berichtgeving tot betaling van het verschuldigde bedrag. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de betaling te voldoen;
 - b de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief eventuele kosten, door de verzekeraar is ontvangen;
 - c bij beëindiging van de polis zal de vordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

5.4 Kennisgeving

- 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering welke 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. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - het van kracht worden voor één of meerdere verzekerden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
 - adreswijziging;
 - huwelijk;
 - samenwoning/samenleving;
 - wijziging van de gezinssamenstelling;
 - wijziging van bank- of postbanknummer.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de verzekeraar op haar verzoek alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht.
- 3 Als aan de bovengenoemde meldingsplicht niet is voldaan, bestaat er geen recht op uitkering of premierestitutie.
- 4 Mededelingen verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6 Wijziging van premie of voorwaarden

1 Herziening polis

- a De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- b De herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening mededeling.
- c De herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde.
- d Herziening van de premie die voortvloeit uit de premiëstelling ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde zal plaatsvinden op de eerstvolgende vervaldatum (1 januari van enig jaar) ná het bereiken van deze leeftijdsgrens overeenkomstig het leeftijdsgebonden tarief voor individuele ziektekosten van de verzekeraar.

2 Recht van opzegging polis

- a De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening als genoemd onder 6.1a niet akkoord te gaan.
- b Als de verzekeringnemer dit binnen dertig dagen na de onder 6.1b genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet-verstroken periode waarover de premie is betaald. Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:
 - bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
 - bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
 - bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door een verzekerde zoals omschreven onder 6.1d.

3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar vóór de 31e dag na de onder 6.1b genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7 Begin, duur en einde van de verzekering

- 1 De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.
- 2
 - a De verzekering wordt aangegaan voor de duur van één kalenderjaar en wordt stilzwijgend telkens voor een zelfde periode verlengd, tenzij door de verzekeringnemer tenminste drie maanden voorafgaand aan de datum van verlenging schriftelijk aan de verzekeraar te kennen wordt gegeven dat hij de verzekeringsovereenkomst niet wenst te continueren.
 - b Een verzekering die is ingegaan in de loop van een kalenderjaar wordt tenminste voor de duur van dat jaar en van het daarop volgend kalenderjaar aangegaan.
- 3 De verzekeringsovereenkomst eindigt:
 - a door overlijden van de verzekerde;
 - b door opzegging door verzekerde of verzekeringnemer middels een aangetekend schrijven, tenminste drie maanden voor het verstrijken van de termijn zoals op het (laatste) polisblad vermeld;

- c tenzij anders is overeengekomen, voor elke verzekerde dertig dagen na de datum waarop de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
 - d als tijdens de looptijd van de verzekeringsovereenkomst de verzekering overbodig wordt ten gevolge van een publiekrechtelijke verzekering of wettelijke regeling conform de Ziekenfondswet, die dekking geeft voor de onder deze verzekering verzekerde kosten. De verzekeraar zal in dat geval de verzekering beëindigen;
 - e in de situaties genoemd in artikel 7.2a tot en met 7.2c vindt restitutie van de betaalde premie plaats vanaf de dag waarop de wijziging plaatsvond. Een reeds ingehouden eigen risico zal niet gerestitueerd worden.
- 4 De verzekeraar is bevoegd de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen:
 - a als de verzekeringnemer twee maanden na de vervaldag van de premie de premie en kosten nog niet heeft betaald;
 - b als de verzekeringnemer of de verzekerde naar aanleiding van een gebeurtenis een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven;
 - c indien de verzekeraar zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op 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;
 - d indien de verzekeringnemer/verzekerde niet voldoet aan het schriftelijk verzoek van de verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering voor de verzekeraar noodzakelijk worden geacht;
 - e als de verzekerde de verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst niet nakomt.
 - 5 In het geval als bedoeld in 7.3c heeft de verzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen.
 - 6 In alle overige gevallen als bedoeld in 7.3 eindigt de verzekeringsovereenkomst op de datum als genoemd in de opzeggingsbrief, met dien verstande dat de verzekeraar tenminste een opzegtermijn van veertien dagen in acht dient te nemen.
 - 7 Als de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt zal de verzekerde onherroepbaar worden ingeschreven in de wettelijk geregelde Standaardpakketpolis tegen de wettelijke premie, per de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt.

8 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 Alle geschillen samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter, zulks nadat overleg tussen verzekeringnemer/verzekerde en de verzekeraar geen zinvol resultaat heeft gehad.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde kan een geschil gebaseerd op de ziektekostenverzekering, nadat dit ter kennis is gebracht van de verzekeraar en de verzekeraar haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- 3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

9 Dekking Agis Zorgpolis

9.1 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 € 45,- 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

1 Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen buitenland

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

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

Vergoeding: 75% tot maximaal € 113,- 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 Overige vaccinaties

Omschrijving:

- griep;
- hepatitis-B immunisatie in verband met besmettingsgevaar;
- hepatitis-B inenting van pasgeborenen;
- hondsdolheid;
- mazelen.

Zorgverlening: huisarts of specialist.

Vergoeding: volledig.

9.2 Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)

Omschrijving:

- visites en consulten wegens geneeskundig onderzoek en behandeling incl. infrastructurele kosten huisartsenpost;
- onderzoeken en behandelingen door of op verzoek van de huisarts verricht, voorzover deze niet zijn inbegrepen in het tarief voor een huisartsconsult of visite.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: art. 9.2 is niet van toepassing indien dit op het polisblad staat vermeld;
- kosten die de huisarts heeft gemaakt voor keuringen worden niet vergoed.

9.3 Medisch-specialistische hulp en onderzoek

a Medisch-specialistische hulp, poliklinisch

- Omschrijving:
- specialistische behandeling op advies van de huisarts, tandarts of verloskundige niet gepaard gaande met een opname in het ziekenhuis;
 - bijkomende kosten;
 - laboratoriumonderzoek ook op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, tandarts of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor specialistische hulp in een privé-kliniek VOORAF. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

- Bijzonderheden:
- voor hulp door een oogarts is geen verwijzing nodig.
 - bij onderzoek en medische behandeling in een privé-kliniek wordt het honorarium van de specialist vergoed.
 - overige bijkomende kosten worden uitsluitend vergoed, als de desbetreffende kliniek is voorzien van de bijbehorende CTG-beschikking.

b Audiologische hulp

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

Zorgverlening: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

c Chronisch intermitterende beademing

- Omschrijving:
- mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum;
 - de door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: specialist in een daartoe erkend beademingscentrum.

d Erfelijkheidsonderzoek

- Omschrijving:
- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid- en DNA-onderzoek;
 - erfelijkheidsadvies;
 - de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Zorgverlening: erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: behandelend arts.

Machtiging: ja, op aanvraag van de behandelend specialist VOORAF.

Bijzonderheden: indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde omvat het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; ook aan hen kan dan advies plaatsvinden. De kosten van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen zorgverzekeraars van de andere personen.

e Leukemie bij kinderen

Omschrijving: centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Zorgverlening: Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

Vergoeding: volledig.

f Second opinion

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

Vergoeding: volledig.

g Trombosedienst

Omschrijving: hulp door een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: specialist of huisarts.

9.4 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a Opname

Omschrijving:

- verpleging, als en zolang op medische gronden onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden;
- het honorarium voor medisch-specialistische of kaakchirurgische hulp;
- de bijkomende kosten.

Vergoeding: volledig voor:

- opname in de verzekerde klasse;
- verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan drie maanden;
- verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang de verzekeraar voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden:

- bij verpleging op basis van derde klasse en als conform de polis recht bestaat op een tweede klasse verpleging, vindt er een uitkering plaats van € 45,- per dag (daggelduitkering) tot maximaal tien dagen via een aparte declaratie door de verzekerde; de daggelduitkering geldt niet voor opname in het buitenland;
- een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts eenmaal worden ingehouden. Het eigen risico wordt in dat geval slechts berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

b Dagverpleging

Omschrijving:

- medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek;

- het honorarium voor medisch-specialistische hulp;
- de bijkomende kosten.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dagverpleging in verband met plastische chirurgie VOORAF.

c In vitro fertilisatie en fertiliteitbevorderende behandelingen voor vrouwelijke verzekerden

Omschrijving: de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor in vitro fertilisatie (IVF-behandeling) in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie.

Zorgverlening: vergunninghoudend ziekenhuis.

Vergoeding: maximaal drie pogingen voor in vitro fertilisatie, waarbij per poging een eigen bijdrage van € 363,- is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden:

- onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo(s) (embryotransfer);
- uitgesloten is behandeling bij infertiliteit op basis van kunstmatig verkregen steriliteit.

d Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis

Omschrijving: bijdrage in de kosten van nachtelijk verblijf in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling respectievelijk behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed kliniek in Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam.

Vergoeding: € 34,- per nacht.

e Nierdialyse

Omschrijving:

- nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch);
- nierdialyse bij de verzekerde thuis;
- erythropoïetine.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor thuisdialyse VOORAF.

Bijzonderheden: bij thuisdialyse vindt ook een vergoeding plaats van niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die hiervoor door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

f 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.

g Organtransplantatie

- Omschrijving:
- transplantatie van de volgende donororganen: beenmerg, bot, hoornvlies, huid, nier, hart/long, nier/alvleesklier of lever (orthotoop);
 - weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door Eurotransplant;
 - verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd;
 - medische behandeling van de donor gedurende maximaal drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende organtransplantatie.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor donor VOORAF.

h. Pensionkosten na transplantatie

- Omschrijving: bijdrage in de kosten van een verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van beenmerg, bot, hoornvlies, huid, nier, hart/long, nier/alvleesklier of lever (orthotoop) ondergaat.

Vergoeding: € 11,- per nacht.

- Bijzonderheden: recht op bijdrage bestaat uitsluitend als ook de partner bij Agis Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier) en de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer en meer bedraagt.

i Sterilisatie en abortus

- Omschrijving: sterilisatie en abortus in een erkend ziekenhuis door een specialist.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- bij sterilisatie van de man worden de kosten vergoed tot maximaal het bedrag verschuldigd bij een poliklinische behandeling;
 - de kosten voor het ongedaan maken van een kunstmatige steriliteit komen niet voor vergoeding in aanmerking.

j Zorghotel

- Omschrijving: opname in een in Nederland gelegen en aan een ziekenhuis verbonden inrichting voor verpleging van zieken, direct aansluitend op en dienende ter verkorting van opname in een ziekenhuis.

Vergoeding: 75% van de kosten die met een opname voor dezelfde indicatie in een ziekenhuis gemoeid zouden zijn, tot maximaal het in rekening gebrachte bedrag.

9.5 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)

- Omschrijving:
- het honorarium voor verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);
 - de verpleging, als en voor zolang op medische gronden verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk is;
 - de bijkomende kosten.

Zorgverlening: ziekenhuis, specialist.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen vanaf de dag van de bevalling verstreken is, dan wordt voor elke in mindering gebrachte dag een uitkering ten behoeve van kraamzorg verleend van € 136,-;
 - in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Agis Topkraamzorg (kraamzorg in natura);
 - de aanvraag voor Agis Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar te zijn (telefoonnummer Agis Topkraamzorg; zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

b Poliklinische bevalling en kraambed (niet medisch noodzakelijk)

- Omschrijving:
- verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);
 - kosten van de verloskamer;
 - de bijkomende kosten;
 - kraamzorg.

Zorgverlening: ziekenhuis, kraaminrichting, specialist, verloskundige of huisarts, kraamcentrum

- Vergoeding:
- de kosten van de bevalling worden volledig vergoed;
 - voor de kosten van kraamzorg thuis en/of de kosten van voor eigen rekening voortgezet verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot maximaal € 1.089,- (met ingang van de dag van bevalling);
 - in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Agis Topkraamzorg (kraamzorg in natura).

- Bijzonderheden:
- de aanvraag voor Agis Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar te zijn (telefoonnummer Agis Topkraamzorg; zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

c Bevalling en kraambed thuis

- Omschrijving:
- het honorarium voor verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);
 - kraamzorg.

Zorgverlening: verloskundige of huisarts, kraamcentrum.

- Vergoeding:
- de kosten van de bevalling worden volledig vergoed;
 - voor de kosten van kraamzorg thuis wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot maximaal € 1.089,-;
 - in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Agis Topkraamzorg (kraamzorg in natura).

- Bijzonderheden:
- Agis Topkraamzorg geeft recht op kraamzorg door een door verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum gedurende minimaal 3 uur per dag verspreid over maximaal veertien dagen tot maximaal 60 uur (bij meerlingen 72 uur);
 - Agis Topkraamzorg geeft recht op vergoeding van inschrijving, intake en bevallingsassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling;
 - de aanvraag voor Agis Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar zijn (telefoonnummer Agis Topkraamzorg; zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden);
 - bij een combinatie van Agis Topkraamzorg met de hulp genoemd onder a, b of c vervalt de aldaar genoemde vergoeding van € 136,- per dag en/of wordt voor elke onder a en b in rekening gebrachte verpleegdag 6 uur kraamzorg in mindering gebracht.

d Volledig kraampakket

Omschrijving: een door verzekeraar samengesteld kraampakket.

Vergoeding: volledig in natura.

Bijzonderheden:

- verzekerden die gebruik maken van Agis Topkraamzorg kunnen de aanvraag voor een kraampakket tegelijk indienen met de aanvraag voor kraamzorg;
- verzekerden die geen gebruik maken van Agis Topkraamzorg (kraamzorg in natura), dienen tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum een aparte aanvraag voor een kraampakket in te dienen bij Agis Topkraamzorg (voor het telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

e 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 € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

f. Heupondersteuningsband bij zwangerschap

Vergoeding: maximaal € 45,- voor de duur van de verzekering.

Voorschrift: specialist of huisarts.

TIP

**Bel Agis Topkraamzorg uiterlijk vijf maanden vóór de bevalling.
Telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

9.6 Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten).

Omschrijving:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Zorgverlening: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: overeenkomstig de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld met in achtneming van het daarin opgenomen Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS). Een geneesmiddel dat een stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten maken deel uit van deze polis en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

Voorschrift: arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige.

Machtiging: uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig de Uniforme Regeling Farmaceutische Hulp, VOORAF.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: is gekozen voor het uitsluiten van de dekking dan geldt het navolgende : wanneer de kosten voor farmaceutische hulp hoger zijn dan € 1.134,- (per verzekerde per kalenderjaar) dan komen de meerkosten ten laste van artikel 9.6.
 - op de vergoeding voor medicijnen is een eventueel eigen risico niet van toepassing;
 - het Geneesmiddelenvergoedingen Systeem (GVS) is door de Overheid vastgesteld en houdt in dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Uniforme Regeling Farmaceutische Hulp of de verzekeraar anders bepaalt. Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - vijftien dagen: een voor de verzekerde nieuwe medicatie;
 - een half jaar: orale anticonceptiva;
 - drie maanden: geneesmiddelen voor chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van slaapmiddelen, angstremmende of eetlustremmende geneesmiddelen;
 - vijftien dagen: geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
 - een maand: overige gevallen.
 - dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, resorptiestoornis, voedselallergie, stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden (COPD), cystic fibrose (CF), ernstig congenitaal hartfalen bij *kinderen*;
 - de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:
 - middelen die vallen onder het Besluit Homeopatische Farmaceutische Producten;
 - bepaalde zelfzorggeneesmiddelen die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (tenzij in deze polisvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald);
 - ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;
 - geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening niet mogen worden afgeleverd.

9.7 Hulpmiddelen

a Hulpmiddelen

Omschrijving: aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, opgenomen in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Hulpmiddelenreglement. De regeling Hulpmiddelen en het Agis Hulpmiddelenreglement maken deel uit van de polis en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

Zorgverlening: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Hulpmiddelenreglement.

Vergoeding:

- hulpmiddelen: overeenkomstig de maximale bedragen in regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Hulpmiddelenreglement;
- eigen bijdrage hulpmiddelen: maximaal € 453,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: behandelend arts en waar vereist behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor aanschaf en bruikleen VOORAF. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden gesteld.

Bijzonderheden:

- de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar;
- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Hulpmiddelenreglement anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- de eigen bijdrage van een hulpmiddel dient apart te worden gedeclareerd.

b Brillenglazen en/of contactlenzen

Omschrijving: brillenglazen en/of contactlenzen met een sterkte van tenminste 4.25 dioptrieën.

Vergoeding: maximaal € 136,- per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

- voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt het aantal dioptrieën van een eventuele cilinder en het leesgedeelte niet meegeteld;
- zonnebrillen en gekleurde contactlenzen zonder sterkte komen niet voor vergoeding in aanmerking.

c Plaswemaker

Zorgverlening: leverancier waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 79,- voor de duur van de verzekering voor verzekerden vanaf 7 jaar.

Voorschrift: behandelend (school)arts.

d Steunzolen

Zorgverlening: orthopedisch instrumentmaker, lid van Orthobanda of orthopedisch schoentechnicus, lid van Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechnik.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: behandelend arts.

9.8 Revalidatie

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

Zorgverlening: een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan, met daarin tenminste de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Bijzonderheden:

- de hulp dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
- de verzekerde dient met die hulp in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
- op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

9.9 Ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer per ambulance, helikopter, rolstoelbus, taxi of personenauto:

- in verband met een opname in of ontslag uit een ziekenhuis, sanatorium, revalidatie-instelling of kraaminrichting;
- van en naar een plaats waar een zorgverlener (arts, specialist, therapeut) zijn praktijk uitoefent; verband houdend met een medische behandeling, waarvoor de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening komen van de verzekeraar;
- van en naar een orthopedisch instrumentmaker;
- van een naar een instelling voor tactiele leesapparatuur;
- na een ongeval zonder dat direct opname behoeft te volgen, mits het vervoer betreft naar een ziekenhuis, van dat ziekenhuis naar een ander ziekenhuis waar de verzekerde uiteindelijk wordt opgenomen of van dat ziekenhuis naar de woonplaats van de verzekerde.

Vergoeding:

- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, helikopter, rolstoelbus of taxi: volledig;
- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per eigen personenauto: € 0,20 per kilometer.

Bijzonderheden: bij de nota dient een verklaring van de behandelaar (arts, specialist of therapeut) te worden overlegd, waaruit blijkt dat openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord werd geacht.

9.10 Tandheelkundige hulp

Algemeen:

- 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.

a Tandheeskunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

- 1 Normale tandheelkundige hulp**
Omschrijving: tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie, ongevalkosten m.b.t. kroon- en brugwerk en prothesen en bijzondere tandheeskunde) inclusief techniekkosten.
Zorgverlening: tandarts of instelling voor jeugdtandverzorging.
Vergoeding: 75 % tot maximaal € 226,- per verzekerde per kalenderjaar.
Bijzonderheden: niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak.
- 2 Orthodontie**
Omschrijving: normale gebitsregulatie.
Zorgverlening: tandarts of orthodontist.
Vergoeding: volledig (tot de leeftijd van 18 jaar).
Bijzonderheden: niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.
- 3 Prothesen, kronen en bruggen bij ongeval**
Omschrijving: indien als gevolg van een ongeval frontelementen zijn beschadigd wordt vergoeding verleend voor de noodzakelijke prothesen, kronen en bruggen.
Zorgverlening: tandarts, centrum voor bijzondere tandheeskunde, kaakchirurg of instelling voor jeugdtandverzorging.
Vergoeding: volledig (tot de leeftijd van 18 jaar).
Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

b Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

- 1 Volledige uitneembare gebitsprothese (met uitzondering van overkappingsprothese op implantaten).**
Omschrijving: volledige uitneembare boven en/of onderprothese.
Zorgverlening: tandarts of tandprotheticus.
Vergoeding: per onder- of bovenprothese 75% tot maximaal € 226,- per verzekerde per 5 kalenderjaren.
- 2 Orthodontie**
Omschrijving: normale gebitsregulatie.
Zorgverlening: tandarts of orthodontist.
Vergoeding: 90% tot maximaal € 1500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.
Bijzonderheden: niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.

- 3 Implantaten, mesostructuur en prothese op implantaten**
- Omschrijving:
 - implantaten, ingebracht in een ernstig geslonken kaak;
 - implantaten, dienende als steun voor een (overkappings-)prothese;
 - mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel);
 - volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel).
- Zorgverlening: kaakchirurg of tandarts.
- Vergoeding: 75% tot maximaal € 1361,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.
- Machtiging: ja, VOORAF. Uitsluitend in geval van implantologie in de bovenkaak. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

c Bijzondere tandheelkundige hulp (voor verzekerden jonger en ouder dan 18 jaar)

- 1 Orthodontie in bijzondere gevallen**
- Omschrijving:
 - behandeling van:
 - een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip-(cheilo-), kaak-(gnato-) of verhemeltespleet (palatoschisis);
 - behandeling van een kaakorthopedische afwijking die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- en nabehandeling noodzakelijk is.

Zorgverlening: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

- 2 Tandheelkunde voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap**
- Omschrijving:
 - behandeling van verzekerden, bij wie door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Zorgverlening: tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde of centrum voor jeugdtandverzorging.

Vergoeding: volledig.

- 3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**
- Omschrijving:
 - behandeling van een ernstige functiestoornis van het kauwstelstel die een gevolg is van één van de volgende lichamelijke aandoeningen of tandheelkundige afwijkingen:
 - het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
 - een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
 - een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
 - een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnato- of palatoschisis);
 - een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische aandoening (oro-maxillo-faciaal defect);

- functieverlies van de speekselklieren zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren waarbij sprake is van ernstige tandheelkundige consequenties;
- ernstige glazuurafwijkingen.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde of een tandarts.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden: het recht op de vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

9.11 Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)

a Fysiotherapie

Zorgverlening: fysiotherapeut.

Vergoeding:

- 100% voor de eerste 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar inclusief eventuele behandelingen genoemd onder b;
- 75% voor vervolghandelingen.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor de vervolghandelingen VOORAF.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
- onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding:

- 100% voor de eerste 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar inclusief eventuele behandelingen genoemd onder a;
- 75% voor vervolghandelingen.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor de vervolghandelingen VOORAF.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
- onder oefentherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

c Logopedie

Zorgverlening: logopedist.

Vergoeding:

- 100% voor de eerste 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
- 75% voor vervolghandelingen.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor vervolgbehandelingen VOORAF.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
- onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan: behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

d Ergotherapie

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

Zorgverlening: ergotherapeut.

Vergoeding: 100% voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden: dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld.

9.12 Alternatieve geneeswijzen en antroposofische geneeskunde (dekking naar keuze uit te sluiten)

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: maximaal € 567,- voor de gezamenlijke kosten van de genoemde alternatieve geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar.
De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: artikel 9.12 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
- 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 kwaliteits-eisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.
- Vergoeding: 75% tot maximaal € 450,- 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.
- Voorschrift: antroposofisch arts.
- Bijzonderheden:
 - dekking naar keuze: artikel 9.12 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
 - antroposofische en 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 of apotheekhoudende huisarts;
 - de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL geli komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - bij samenloop van verstrekkingen kan slechts bij één verstrekkingensoort aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

9.13 Psychische hulpverlening

- a Eerstelijnspsychologie**
- Zorgverlening: gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.
- Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Verwijzing: huisarts.
- b Orthopedagogie**
- Omschrijving: behandeling van kinderen tot 18 jaar met leer- en opvoedingsproblemen.
- Zorgverlening: gekwalificeerd vrijgevestigd orthopedagoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van het Werkverband Eigen Praktijk (WEP) van de Nederlandse Vereniging voor Orthopedagogie (NVO).
- Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Verwijzing: (school)arts.

c (Kortdurende) oncologische psychosociale hulp
Zorgverlening: instantie waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 500,- voor de duur van de verzekering.

9.14 Therapieën

a Huidtherapie

Omschrijving:

- acnetherapie: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat;
- camouflagetherapie: lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat en/of de hals (inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke) en tepelhofatotoeage;
- elektrische of laserepilatie: behandeling van als vrouw geboren verzekerden met ontsierende haargroei in gelaat en/of de hals;
- manuele lymfedrainage: behandeling van ernstig lymfe-oedeem;
- psoriasis therapie: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleven.

Zorgverlening:

- acnetherapie, camouflagetherapie en manuele lymfedrainage: een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten);
- elektrische epilatie: een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten) of een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die bij de Anbos staat geregistreerd als gediplomeerd in elektrische epilatie;
- laserepilatie: 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;
- psoriasis therapie: een centrum waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

b Overige therapieën

Omschrijving:

- warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor verzekerden met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct;
- podotherapie: onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels of therapeutische zolen;
- stottertherapie.

Zorgverlening:

- warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: bij fysiotherapeut, oefentherapeut of een patiëntenvereniging waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt;
- podotherapie: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden;
- stottertherapie: het Del Ferro instituut, instituut de Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.

Vergoeding: maximaal € 680,- voor de gezamenlijke of gecombineerde kosten van de bij omschrijving onder a en b genoemde huidtherapie en overige therapieën per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: behandelend arts.

- Bijzonderheden:
- acnetherapie, camouflagetherapie, epilatie (electrische en laser-): uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een aandoening in het gelaat en/of de hals.
 - warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om zwemmen in groepsverband in verband met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct.
 - orthopedische steunzolen behoren niet tot podotherapie.

9.15 Extra vergoedingen

a Herstellingsoord

Omschrijving: behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na 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 herstellingsoord waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: € 68,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Verwijzing: behandelend arts.

b 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 € 907,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, VOORAF, op aanvraag van de behandelend reumaloog.

- Bijzonderheden:
- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (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.

c Therapeutisch kamp

Omschrijving: verblijfskosten in een therapeutisch kamp voor astmatische of lichamelijk gehandicapte jongeren tot 18 jaar.

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

d 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 een betalingsbewijs.

e Sportmedisch advies

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

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

f Overgangsconsulenten

Omschrijving: begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.

Zorgverlening: gekwalificeerd overgangstherapeut die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

g Whiplash

Omschrijving: consulten en behandeling.

Zorgverlening: Whiplash Centrum Nederland

Vergoeding: maximaal € 294,- voor de duur van de verzekering.

9.16 Buitenlanddekking

a 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

**Neem altijd als u naar het BUITENLAND gaat uw Zorgpas en het telefoonnummervan de Agis Alarmcentrale mee.
Voor telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

Vergoeding:

- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland;
- ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen het land van verblijf;
- repatriëring: volledig, voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of, bij indicatie voor ambulancevervoer en mits deze kosten niet hoger zijn, per vliegtuig vanuit het buitenland naar de eigen woonplaats of een ziekenhuis in Nederland, alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
- vervoer stoffelijk overschot: volledig, van de plaats van overlijden naar Nederland en mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
- Agis Alarmcentrale: volledig voor het organiseren van hulpverlening door de Agis Alarmcentrale.

Machtiging: ja, uitsluitend in de volgende gevallen:

- voor opname binnen 24 uur na opname of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, via de Agis Alarmcentrale;
- voor ziekenvervoer of vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar Nederland VOORAF, via de Agis Alarmcentrale.

Bijzonderheden:

- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed indien de verzekeraar via de Agis Alarmcentrale goedkeuring heeft verleend. De verzekeraar kan tevens besluiten tot repatriëring;

- medisch-specialistische hulp wordt uitsluitend vergoed bij behandeling door een ter plaatse bevoegd specialist;
- voor declaratie kan de verzekerde een schade-specificatieformulier opvragen bij de verzekeraar;
- vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden. Op verzoek van het betreffende ziekenhuis zal daartoe een garantieverklaring worden afgegeven;
- als het tijdelijk verblijf buiten Nederland uitsluitend of mede bedoeld is om aldaar een medische behandeling te ondergaan, of een in Nederland aangevangen behandeling, verpleging en dergelijke in het buitenland voort te zetten, zal de verzekeraar niet tot vergoeding van de kosten overgaan. Voor chronische patiënten kan de verzekeraar een uitzondering maken. Hiervoor moet vooraf toestemming worden gevraagd door de behandelend specialist.

b EU-dekking (niet spoedeisend)

Omschrijving: medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf binnen EU-verdragslanden, voorzover de medische hulp, als deze in Nederland zou zijn verleend, onder de polisdekking zou vallen. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland.

Vergoeding: tot maximaal 100% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland wettelijk in rekening mogen worden gebracht.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden:

- aan de toestemming voor behandeling in het buitenland kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;
- kosten van vervoer naar en van het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden.

10 Facultatieve dekking tandheelkunde (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 vrijevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar).
- Vergoeding:** 75% van het door de zorgverlener in rekening gebrachte honorarium (inclusief techniek- en materiaalkosten) tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar.
- Bijzonderheden:**
- deze facultatieve dekking is mogelijk voor zowel kinderen als volwassenen;
 - 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 er 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.

11 AWBZ

Rechten en verplichtingen

Voor zover in de AWBZ niet anders is geregeld worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in deze polisvoorwaarden.

AWBZ-zorgaanspraken

Vergoed worden de zorgaanspraken krachtens de AWBZ met inachtneming van de bij of krachtens de AWBZ gestelde regels. De AWBZ kent onder meer de volgende zorgaanspraken:

- geestelijke gezondheidszorg;
- thuiszorg;
- opname in een verzorgingshuis;
- opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten;
- opneming in een verpleeghuis;
- ziekenhuisverpleging, na één jaar opname.

12 Beroepsverenigingen

Acupunctuur:

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

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 Praktizijns (NWP)

Neuraaltherapie

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

Orthomanipulatie

- Vereniging van Artsen voor Orthomanele 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 84 94 (€ 0,04 per minuut)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen
Postbus 1090
3800 BB 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 (€ 0,04 per minuut)
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Agis Topkraamzorg	0900 88 07 (€ 0,10 per minuut)