
Anoz AV Basis Plus

De voorwaarden en de aanvullende
tandheelkundige zorg.

Inleiding

Hierbij worden u aangeboden de voorwaarden van de Anoz AV Basis Plus van Anoz Zorgverzekeringen.

De Anoz AV Basis Plus is een Aanvullende Verzekering: een voorziening voor ziekenfondsverzekerden. Wanneer iemand verzekerd is bij een zorgverzekeraar heeft hij of zij recht op zorgaanspraken (verstrekkingen en/of vergoedingen) die geregeld zijn bij de Ziekenfondswet en de AWBZ: de hoofdverzekering. Echter, niet alle medische voorzieningen vallen geheel of gedeeltelijk onder de hoofdverzekering. De AV biedt dan letterlijk een "aanvullende verzekering".

De Anoz AV Basis Plus van Anoz Zorgverzekeringen bestaat uit een breed pakket van verstrekkingen en vergoedingen. Zo worden de voorzieningen die de overheid uit de hoofdverzekering schrappt zo veel mogelijk in de Aanvullende Verzekering opgenomen. Ook is er een voorziening voor alternatieve geneeswijzen. Een bijdrage in de kosten van homeopathische geneesmiddelen is ook in de Anoz AV Basis Plus opgenomen. Alle ziekenfondsverzekerden bij Anoz Zorgverzekeringen kunnen voor de Anoz AV Basis Plus worden ingeschreven.

Uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen kan apart worden bijverzekerd. Ook de voorwaarden voor deze zorg zijn opgenomen in dit boekje: ze zijn alleen van toepassing wanneer één van de modules voor uitgebreide tandheelkundige zorg extra is verzekerd. Voor de toelating tot de extra verzekering van uitgebreide tandheelkundige zorg, geldt wel een selectie. Daarbij wordt een door de aanvrager in te vullen tandheelkundige gezondheidsverklaring gebruikt.

Ieder jaar worden in beginsel vóór 1 januari de omvang, de voorwaarden en de premie van de Anoz AV Basis Plus vastgesteld. De premie wordt in rekening gebracht voor iedere verzekerde. Kinderen tot 16 jaar zijn gratis meeverzekerd met de ouders.

De voorwaarden zoals ze in dit boekje zijn verwoord gelden vanaf 1 januari 2001.

Apeldoorn, november 2000
Agis Ziektelkostenverzekeringen N.V.
ten deze handelende onder de naam: Anoz Zorgverzekeringen.

Inhoudsopgave

Artikel	Blz.
1 Dekking:	
Omvang van de dekking	5
2 Vergoedingen Anoz AV Basis Plus	
Zorg in uw omgeving:	
2.1 Fysiotherapie	5
2.2 Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	5
2.3 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen	5
2.4 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Orthodontie (gebitsregulatie).	6
2.5 Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden. Algemeen	6
2.6 Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden. Reparatie prothese	6
2.7 Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden. Prothesen	6
2.8 Stottertherapie Del Ferro-methode	7
2.9 Fleboloog of proctoloog	7
2.10 Sportconsult	7
2.11 Alternatieve zorg	7
Huidtherapie:	
2.12 Elektrische epilatie of laserepilatie	8
2.13 Camouflagetherapie	8
2.14 Acnebehandeling	8
2.15 Manuele lymfedrainage	8
2.16 Psoriasiskuurbehandelingen in Nederland	8
2.17 Kuurbehandelingen ernstig eczeem in Nederland	9
Hulpmiddelen:	
2.18 Orthopedisch schoeisel	9
2.19 Podotherapie en orthopedische schoeiselaanpassingen	9
2.20 Brillenglazen/contactlenzen	9
2.21 Plaswekker	9
2.22 Thuismonitor	9
Bijzondere zorg:	
2.23 Second Opinion	10
2.24 Kuurbehandelingen in verband met reumatische aandoeningen	10
Verblijf buitenshuis:	
2.25 Herstellingsoord	10
2.26 Ronald McDonaldhuis/Kiwanishuis/familiehuis Daniël den Hoed/pension	10
2.27 Pensionkosten na transplantatie	11
3 Extra: Uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen	
Vergoedingen Anoz TandPlus 1000:	
3.1 Vergoedingen Anoz TandPlus 1000	11
Vergoedingen Anoz TandPlus 2000:	
3.2 Vergoedingen Anoz TandPlus 2000	12

Algemene bepalingen extra tandheelkundige zorg:	
3.3 Toelating tot extra verzekering tandheelkundige zorg	12
3.4 Ingangsdatum	13
3.5 Geen recht op vergoeding	13
3.6 Tarief	13
4 Algemeen	
4.1 Aanvullende verzekering	13
4.2 Extra: uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen	13
4.3 Bedenktijd	14
4.4 Wachtijd	14
4.5 Pakketwijziging	14
4.6 Premievaststelling	14
4.7 Premie per verzekerde	15
4.8 Regiokorting	15
4.9 Vanaf en tot wanneer is de verzekerde premie verschuldigd	15
4.10 Wijziging van de voorwaarden	15
4.11 Zorg in Nederland	15
4.12 Bijzondere gevallen	16
4.13 Toestemming	16
4.14 Declaraties	16
4.15 Aansprakelijkheid derden bij letselschade: ClaimCare	16
4.16 Uitsluiting	16
4.17 Schorsing van rechten	17
4.18 Royement	17
4.19 Incassokosten	17
4.20 Opzegging	17
4.21 Einde ziekenfonds = einde aanvullende verzekering	17
4.22 Einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering(en)	18
4.23 Aansprakelijkheid van derden	18
4.24 Aansprakelijkheid van Anoz Zorgverzekeringen	18
4.25 Registratie van persoonsgegevens	18
4.26 Klachten	18
5 Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 2.11	19
6 Begripsomschrijvingen	
Begripsomschrijvingen	20

1 Dekking

Omvang van de dekking

Vergoedingen op basis van de Anoz AV Basis Plus worden gedaan - uiteraard in alle gevallen met inachtneming van hetgeen terzake gesteld is in de polisvoorwaarden - ofwel op basis van de door of namens Anoz Zorgverzekeringen met de zorgverleners overeengekomen tarieven, ofwel (als geen tarief is overeengekomen, en er een wettelijk vastgesteld tarief is) op basis van het wettelijk vastgestelde tarief, ofwel (als geen tarief is overeengekomen en er geen wettelijk vastgesteld tarief is) op basis van de kosten zoals deze zich feitelijk voordoen. De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten. Indien en voor zover Anoz Zorgverzekeringen meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Anoz Zorgverzekeringen een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van Anoz Zorgverzekeringen van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

2 Vergoedingen - Anoz AV Basis Plus

Zorg in uw omgeving:

2.1 Fysiotherapie

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van fysiotherapie.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de fysiotherapie plaatsvindt in aanvulling op de fysiotherapie waarop aanspraak bestaat op basis van de ziekenfondsverzekering, en
- de aanvullende fysiotherapie plaatsvindt bij de fysiotherapeut c.q. in de fysiotherapiepraktijk waar ook de fysiotherapie heeft plaatsgevonden, waarop aanspraak bestaat op basis van de ziekenfondsverzekering.

2.2 Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van oefentherapie

Cesar/oefentherapie

Mensendieck. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de oefentherapie plaatsvindt in aanvulling op de oefentherapie waarop aanspraak bestaat op basis van de ziekenfondsverzekering, en
- de aanvullende oefentherapie plaatsvindt bij de oefentherapeut c.q. in de oefentherapiepraktijk waar ook de oefentherapie heeft plaatsgevonden, waarop aanspraak bestaat op basis van de ziekenfondsverzekering.

2.3 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen

- 1 De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft in aanvulling op de aanspraken krachtens de Ziekenfondswet/AWBZ recht op vergoeding van 75% van de kosten van inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen, tot een maximum van f 650,- per verzekerde per kalenderjaar, doch uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of tandheelkundige instelling. Uitgesloten van vergoeding zijn techniekkosten, materiaalkosten en kosten van laboratoriumonderzoek.

-
- 2 Indien er sprake is van tandheeskundige zorg ten gevolge van een ongeval, heeft de verzekerde jonger dan 18 jaar in aanvulling op de aanspraken krachtens Ziekenfondswet/AWBZ recht op volledige vergoeding van de kosten van inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen, inclusief techniekkosten en materiaal-kosten, doch uitsluitend indien:
- de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan, en
 - de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of tandheeskundige instelling.

2.4 Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Orthodontie

De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft recht op vergoeding van 100% van de kosten van gebitsregulatie tot een maximum van f 1.500,- voor de duur van de verzekering, doch uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist, tandarts of tandheeskundige instelling. Uitgesloten van vergoeding zijn behandelingen welke geheel esthetisch zijn.

2.5 Tandheeskundige hulp voor volwassen verzekerden.

Algemeen

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheeskundige zorg tot een maximum van in totaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar, doch uitsluitend indien:

- de betreffende tandheeskundige zorg niet wordt gedekt door de ziekenfondswet/AWBZ, en
- de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, een tandheeskundige instelling, een kaakchirurg, een orthodontist of een mondhygiënist (laatstgenoemde mits deze hiertoe een overeenkomst heeft gesloten met Anoz Zorgverzekeringen), en
- de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Uitgesloten van vergoeding zijn techniekkosten, materiaalkosten en kosten van laboratoriumonderzoek. Ook de kosten van niet nagekomen afspraken komen niet voor vergoeding in aanmerking. Voor volledige onder- en/of bovenprothesen geldt de vergoeding zoals omschreven in 2.7.

2.6 Tandheeskundige hulp voor volwassen verzekerden.

Reparatie prothese

In aanvulling op het gestelde in 2.5 heeft de verzekerde van 18 jaar of ouder recht op vergoeding van 75% van de techniekkosten verbonden aan reparatie van een partiële onder- en/of bovenprothese, tot een maximum van f 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.7 Tandheeskundige zorg voor volwassen verzekerden.

Prothesen

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op een bijdrage in de kosten van het tandheeskundig honorarium en de techniekkosten van een volledige onder- en/of bovenprothese. Deze bijdrage heeft betrekking op het deel van de kosten

van een volledige gebitsprothese (te weten 25%) dat niet voor vergoeding krachtens de ziektefondsverzekering in aanmerking komt. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, een tandheelkundige instelling of een tandprotheticus. De bijdrage is maximaal f 400,- per verzekerde per vijf kalenderjaren voor een volledige onder- en/of bovenprothese.

2.8 Stottertherapie Del Ferro-methode

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van stottertherapie volgens de zogeheten Del Ferro-methode, mits de therapie plaatsvindt op verwijzing van de huisarts. De bijdrage is maximaal f 1.000,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.9 Fleboloog of proctoloog

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van consult en behandeling bij een arts die praktiseert als fleboloog of proctoloog, mits consult en behandeling plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist. De genoemde kosten worden vergoed tot in totaal maximaal f 750,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.10 Sportconsult

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van een consult bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), mits het consult plaatsvindt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist. Per kalenderjaar wordt maximaal f 125,- voor een eerste en één controleconsult vergoed.

2.11 Alternatieve zorg

- 1 Vergoed worden - met inachtneming van de in 2.1 genoemde maxima - de kosten van acupunctuur, chiropractie, haptotherapie, homeopathie, manuele therapie/manuele geneeskunde, neuuraaltherapie, natuurgeneeswijze en orthomoleculaire geneeskunde, mits toegepast door een bevoegde arts, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), klassiek homeopaat, haptotherapeut of chiropractor, die lid is van de desbetreffende beroepsvereniging welke voorkomt op de daartoe door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst, welke lijst u achterin dit voorwaardenboekje aantreft, en die door de desbetreffende vereniging op basis van het lidmaatschap en/of de registratie wordt erkend als zijnde gerechtigd tot het voeren van de betreffende praktijk.
De vergoeding van de kosten van consulten/behandelingen bedraagt:
 - a eenmaal per kalenderjaar maximaal f 100,- van de kosten van het eerste consult voor homeopathische zorg of acupunctuur;
 - b overigens: maximaal f 50,- van de kosten per consult/behandeling, waarbij geldt dat per etmaal maximaal één consult/behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, ook in geval van een consult/behandeling in combinatie met een eerste consult als bedoeld bij a.
- 2 Vergoed worden verder - met inachtneming van het in lid 3 van 2.11 genoemde maximum - de kosten van geregistreerde homeopathische middelen (voor zover deze niet geacht kunnen worden te voorzien in dagelijkse behoeften, zoals voedings- en versterkende middelen), mits voorgeschreven door een arts en betrokken van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

- 3 De onder 1 en 2 genoemde kosten worden vergoed tot in totaal maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 4 Niet vergoed worden de kosten van een consult/behandeling bij/door de huisarts bij wie de verzekerde is ingeschreven als ziekenfondsverzekerde. Voorts worden niet vergoed de kosten van zorg waarop aanspraak bestaat krachtens de Ziekenfondswet/AWBZ.

Huidtherapie:

2.12 Elektrische epilatie of laserepilatie

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van elektrische epilatie of laserepilatie wegens overmatige beharing in gelaat en/of hals, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
 - de behandeling wordt verleend door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- De bijdrage is maximaal f 1.200,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.13 Camouflagetherapie

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van lessen en materialen in verband met camouflagetherapie en de kosten van tepelhofatoeage bij reconstructie van de borst na mamma-amputatie, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.14 Acnebehandeling

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van acnebehandeling, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.15 Manuele lymfedrainage

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van manuele lymfedrainage, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- het gaat om manuele lymfedrainage na bestraling of mamma-amputatie, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.16 Psoriasiskuurbehandelingen

De verzekerde bij wie sprake is van ernstig psoriasis-lijden komt in aanmerking voor een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in Nederland. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend dermatoloog. In overleg met de verzekerde bepaalt Anoz Zorgverzekeringen het kuuroord. De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar. Eventuele annuleringskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.17 Kuurbehandelingen ernstig eczeem in Nederland

De verzekerde van zes jaar of ouder die lijdt aan ernstig chronisch constitutioneel eczeem heeft recht op een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in s dermatoloog. De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

Hulpmiddelen:

2.18 Orthopedisch schoeisel

De verzekerde heeft recht op een tegemoetkoming in de wettelijke eigen bijdrage die geldt als hij gebruik maakt van de aanspraak op orthopedisch schoeisel krachtens de Ziekenfondswet. De tegemoetkoming bedraagt maximaal f 62,50 per paar schoenen.

2.19 Podotherapie en orthopedische schoeiselaanpassingen

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van consult, behandeling en orthopedische schoeiselaanpassingen bij c.q. door:

- een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten;
- een orthopedisch instrumentmaker;
- orthopedisch schoenmaker.

Voor de bijdrage in de kosten van de consulten, behandelingen en orthopedische schoeiselaanpassingen geldt een gezamenlijk maximum van f 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.20 Brillenglazen/contactlenzen

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van brillenglazen en/of contactlenzen met een sterkte van sferisch, cilindrisch of additie 2 dioptrieën of meer. De bijdrage is maximaal f 125,- per vijf kalenderjaren. Kosten van monturen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.21 Plaswekker

De verzekerde van 7 jaar of ouder heeft gedurende de looptijd van de verzekering eenmaal recht op vergoeding van huurkosten en materiaalkosten van een enuresis(plas)wekker, met dien verstande dat de vergoeding wordt verleend voor een aaneengesloten periode van maximaal drie maanden. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend, indien de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

2.22 Thuismonitor

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de huurkosten van bewakingsapparatuur in de thuissituatie, ter voorkoming of bekorting van verblijf in een ziekenhuis, mits de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

Bijzondere (ziekenhuis)zorg:

2.23 Second opinion

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van het raadplegen van een andere dan de behandelend specialist, indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld. Vergoed worden de kosten van maximaal één consult (second opinion) per verzekerde per kalenderjaar.

2.24 Kuurbehandelingen in verband met reumatische aandoeningen

De verzekerde die onder behandeling is van een reumatoloog heeft recht op een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in verband met reumatische aandoeningen in Nederland, doch uitsluitend indien de kuurbehandeling vooraf door de behandelend reumatoloog bij Anoz Zorgverzekeringen wordt aangevraagd, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar. Eventuele annuleringskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Verblijf buitenshuis:

2.25 Herstellingsoord

De verzekerde kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in een herstellingsoord voor lichamelijke klachten, ter bekorting van verblijf in een ziekenhuis. Het herstellingsoord dient voor te komen op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de bijdrage vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 100,- per verzekerde per dag en wordt maximaal eenmaal per drie kalenderjaren gegeven voor een periode van maximaal 42 dagen.

2.26 Ronald McDonaldhuis/Kiwanishuis/familiehuis Daniël den Hoed/pension

De verzekerde (ouder/verzorger) kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in een Ronald McDonaldhuis, het Kiwanishuis te Beverwijk, het familiehuis Daniël den Hoed te Rotterdam of een pension, wanneer een kind (tot 18 jaar) ernstig ziek is opgenomen. Recht op de bijdrage in de verblijfkosten bestaat uitsluitend indien:

- ook het kind dat bezocht wordt bij Anoz Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- de vergoeding van de verblijfkosten vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

De bijdrage is maximaal f 25,- per verzekerde per nacht.

2.27 Pensionkosten na transplantatie

De verzekerde kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van hart, lever, beenmerg, alveesklier, nier en/of long ondergaat. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien:

- ook de partner bij Anoz Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- de vergoeding van de verblijfkosten vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

De bijdrage is maximaal f 25,- per verzekerde per nacht.

3 Extra: Uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen

Naast de - beperkte - tandheelkundige zorg op basis van de ziekenfondsverzekering en de vergoedingen van de Anoz AV Basis Plus, kan de vergoeding van kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen worden bijverzekerd. De voorwaarden van de extra verzekeringen - de Anoz TandPlus 1000 en de Anoz TandPlus 2000 - zijn hieronder opgenomen. Deze voorwaarden zijn uiteraard alleen dan van toepassing als de kosten van de uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen aanvullend op de Anoz AV Basis Plus zijn bijverzekerd.

Vergoedingen Anoz TandPlus 1000

3.1 Vergoedingen Anoz TandPlus 1000

- 1 De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft in aanvulling op de aanspraken op vergoedingen uit de Anoz AV Basis Plus recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige zorg tot een maximum van f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, doch uitsluitend indien:
 - de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de ziekenfondsverzekering/AWBZ, en
 - de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt verleend door een tandarts, een tandheelkundige instelling, een kaakchirurg, een orthodontist of een mondhygiënist (laatstgenoemde, mits deze hiertoe een overeenkomst heeft gesloten met Anoz Zorgverzekeringen), en
 - de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.Uitgesloten van vergoeding zijn techniekkosten, materiaalkosten en laboratoriumonderzoek.
- 2 De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft in aanvulling op de aanspraken op vergoeding uit de AV Comfort recht op vergoeding van de kosten van het tandheelkundig honorarium en de techniekkosten van een volledige onder- en/of bovenprothese. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, een tandheelkundige instelling of een tandprotheticus.

Vergoedingen Anoz TandPlus 2000

3.2 Vergoedingen Anoz TandPlus 2000

- 1 De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft in aanvulling op de aanspraken op vergoedingen uit de Anoz AV Basis Plus recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige zorg tot een maximum van f 2.000,- per verzekerde per kalenderjaar, doch uitsluitend indien:
 - de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de ziekenfondsverzekering/AWBZ, en
 - de tandheelkundige zorg wordt verleend door een tandarts, een tandheelkundige instelling, een kaakchirurg, een orthodontist of een mondhygiënist (laatstgenoemde, mits deze hiertoe een overeenkomst heeft gesloten met Anoz Zorgverzekeringen), en
 - de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.Uitgesloten van vergoeding zijn materiaalkosten en laboratoriumonderzoek.
- 2 De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft voorts recht op vergoeding van 75% van aan de tandheelkundige zorg verbonden techniekkosten, tot een maximum f 300,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 3 De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft in aanvulling op de aanspraken op vergoeding uit de AV Comfort recht op vergoeding van de kosten van het tandheelkundig honorarium en de techniekkosten van een volledige onder- en/of bovenprothese. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, een tandheelkundige instelling of een tandprotheticus.

Algemene bepalingen extra tandheelkundige zorg

In aanvulling op de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekering Anoz AV Basis Plus zijn voor de Anoz TandPlus 1000 en de Anoz TandPlus 2000 de volgende voorwaarden van kracht.

3.3 Toelating tot extra verzekering tandheelkundige zorg

Anoz TandPlus 1000

Voor de Anoz TandPlus 1000 geldt geen voorbehoud van medische acceptatie.

Anoz TandPlus 2000

- Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de aanvrager toelating tot de Anoz TandPlus 2000 te weigeren. Alvorens toelating tot de Anoz TandPlus 2000 kan plaatsvinden, dient voor de onder de aanvraag vallende personen van 18 jaar of ouder een aanmeldingsformulier alsmede een tandheelkundige gezondheidsverklaring ingevuld te worden en ingediend te worden bij Anoz Zorgverzekeringen.
- Anoz Zorgverzekeringen kan naar aanleiding van de aanmelding tandheelkundig onderzoek laten plaatsvinden. De persoon (of personen) op wie een tandheelkundig onderzoek betrekking heeft, wordt in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij (zij) de uitslag van het onderzoek wenst (wensen) te vernemen en zo ja, of hij (zij) daarvan als eerste wenst (wensen) kennis te nemen, ten einde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

3.4 Ingangsdatum

- 1 De extra verzekering van uitgebreide tandheelkundige zorg Anoz TandPlus 1000 of Anoz TandPlus 2000 gaat in op de datum zoals vermeld op het polisblad en neemt gelijktijdig een einde wanneer de Anoz AV Basis Plus een einde neemt;
- 2 De verzekerde is vanaf de ingangsdatum van de Anoz TandPlus 1000 of Anoz TandPlus 2000 de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor hemzelf en zijn medeverzekerden van 18 jaar of ouder. De premie dient op dezelfde wijze en in dezelfde termijnen te worden voldaan als de premie voor de Anoz AV Basis Plus.

3.5 Geen recht op vergoeding

- 1 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het afgeven van de tandheelkundige gezondheidsverklaring aanwezig is.
- 2 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten, indien de verzekerde niet meewerkt aan een tandheelkundige controle die door Anoz Zorgverzekeringen noodzakelijk wordt geacht.
- 3 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten die in rekening worden gebracht wegens het niet nakomen van een afspraak (UPT-code C90).

3.6 Tarief

Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking kosten van tandheelkundige hulp conform de tarieven die bij of krachtens de wet zijn vastgesteld.

4 Algemeen

4.1 Aanvullende verzekering

- 1 Ziekenfondsverzekerden, ingeschreven bij Anoz Zorgverzekeringen, kunnen een overeenkomst van aanvullende verzekering sluiten, welke recht geeft op nader omschreven zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) die een aanvulling vormen op zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ. Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren, ingeval de verzekering van de betreffende verzekerde door Anoz Zorgverzekeringen eerder is beëindigd wegens wanbetaling (royement).
- 2 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde (hoofdverzekerde in het kader van de ziekenfondsverzekering) worden aangegaan. Eventuele medeverzekerden zijn dan tevens aanvullend verzekerd.

4.2 Extra: uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen worden bijverzekerd, onder voorbehoud van medische acceptatie. De extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundig zorg is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde worden aangegaan (hoofdverzekerde in het kader van de Ziekenfondsverzekering).

De extra verzekering geldt dan tevens voor eventuele medeverzekerden van 18 jaar of ouder.

4.3 Bedenktijd

- 1 De verzekerde 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 verzekerde de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan Anoz Zorgverzekeringen verstrekte mededelingen.

4.4 Wachtijd

- 1 Wanneer de aanvullende verzekering gelijktijdig aanvangt met de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen, is geen wachttijd van toepassing en bestaat direct aanspraak op de verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering.
- 2 Wanneer de aanvullende verzekering aanvangt op een later tijdstip dan de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen, geldt een wachttijd van twee maanden alvorens aanspraak bestaat op verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering.
- 3 Er geldt geen wachttijd in het kader van de extra verzekeringen voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen.

4.5 Pakketwijziging

- 1 De verzekerde heeft eenmaal per jaar, en wel telkens per 1 januari, de gelegenheid om van pakket te veranderen:
 - de aanvullende verzekering kan worden omgezet van Anoz AV Comfort naar Anoz AV Basis Plus en vice versa;
 - de extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen kan worden omgezet van Anoz TandPlus 1000 naar Anoz TandPlus 2000 en vice versa, onder voorbehoud van medische acceptatie;
 - de extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen kan worden opgezegd;

De verzekerde die van pakket wil veranderen dient vóór 1 november schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen mede te delen welke pakketwijziging hij wenst per de eerste januari van het volgende jaar.

- 2 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in het vorige lid bij het eerste punt is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering als ware er geen wijziging in het verzekeringspakket. Binnen de betreffende termijnen gedane vergoedingen worden meegenomen bij de bepaling van de (maximale) vergoeding in het kader van de nieuw afgesloten verzekering.

4.6 Premievaststelling

De premie voor de aanvullende verzekering en de extra verzekeringen wordt vastgesteld door Anoz Zorgverzekeringen.

4.7 Premie per verzekerde

- 1 De verzekerde dient de premie voor de aanvullende verzekering en de eventueel van toepassing zijnde extra verzekering(en) bij vooruitbetaling te voldoen vóór het verstrijken van de premievervaldag, ten behoeve van alle op het polisblad vermelde verzekerden. Voor medeverzekerde kinderen tot 16 jaar is de verzekerde geen premie verschuldigd.
- 2 De premie wordt maandelijks geïncasseerd, gelijktijdig met de nominale premie die de verzekerde verschuldigd is voor de ziekenfondsverzekering.
- 3 Het is de verzekerde niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met eventueel van Anoz Zorgverzekeringen te vorderen bedragen.

4.8 Regiokorting

Verzekerden die woonachtig zijn in een gebied met een postcode die voorkomt op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst (provincies Drenthe, Friesland en Groningen), ontvangen een korting op de premie voor de aanvullende verzekering. Deze korting geldt niet voor premies van de extra verzekeringen voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen.

4.9 Vanaf en tot wanneer is de verzekerde premie verschuldigd

- 1 De verzekerde is premie voor de aanvullende verzekering en de eventueel van toepassing zijnde extra verzekering(en) verschuldigd vanaf het moment van inschrijving.
- 2 Wanneer de inschrijving in de loop van de kalendermaand plaatsvindt, wordt de premie met ingang van de eerste dag van de volgende kalendermaand in rekening gebracht.
- 3 Bij beëindiging van de inschrijving in de loop van een kalendermaand vindt geen premierestitutie plaats over de maand waarin de inschrijving wordt beëindigd.

4.10 Wijziging van de voorwaarden

Wijzigingen in de voorwaarden inzake de zorgaanspraken van de aanvullende en de extra verzekeringen worden in beginsel jaarlijks vóór 1 januari, ingaande per die datum, vastgesteld door het bestuur van Anoz Zorgverzekeringen. Bij gebreke van een nieuwe jaarlijkse vaststelling blijven de laatst vastgestelde voorwaarden van kracht.

4.11 Zorg in Nederland

Alleen zorg die in Nederland wordt genoten komt voor vergoeding door Anoz Zorgverzekeringen in aanmerking, tenzij expliciet is aangegeven dat zorg in het buitenland wordt vergoed.

4.12 Bijzondere gevallen

In bijzondere gevallen of onder buitengewone omstandigheden kan Anoz Zorgverzekeringen een tegemoetkoming voor belangrijke kosten van geneeskundige verzorging of daarmee verband houdende verstrekkingen toestaan, als de betreffende kosten niet worden gedekt door de ziekenfondsverzekering, de AWBZ, de aanvullende en/of de extra verzekeringen.

4.13 Toestemming/Verwijzing

- 1 Wanneer dit is aangegeven in de voorwaarden, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor de betreffende zorg c.q. de vergoeding van de betreffende zorg te worden aangevraagd.
- 2 De toestemming dient altijd te worden aangevraagd vóórdat de zorg wordt genoten. Wanneer Anoz Zorgverzekeringen (nog) geen toestemming heeft verleend, is Anoz Zorgverzekeringen niet gehouden de betreffende vergoeding of bijdrage uit te keren.
- 3 Wanneer dit is aangegeven in de voorwaarden, dient er een verwijzing van de huisarts of behandelend specialist te zijn. Wanneer de verzekerde voor de betreffende hulp een declaratie indient bij Anoz Zorgverzekeringen, dient hij de verwijzing tezamen met de declaratie aan Anoz Zorgverzekeringen te verstrekken.

4.14 Declaraties

- 1 De verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten - onder overlegging van de originele nota's - bij Anoz Zorgverzekeringen declareren. De declaratie dient bij Anoz Zorgverzekeringen te worden aangeboden binnen 24 maanden na de behandeldatum. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum, dan wel de datum van levering, en dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer de verzekerde een overschrijding van de hiervoor genoemde termijn in redelijkheid niet is aan te rekenen, kan Anoz Zorgverzekeringen van de hiervoor genoemde termijn afwijken.
- 2 De verzekeringnemer ontvangt van Anoz Zorgverzekeringen een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.

4.15 Aansprakelijkheid derden bij letselschade: ClaimCare

Wanneer de verzekerde als gevolg van een ongeval persoonlijke schade lijdt (bijvoorbeeld kleding-, goederen- of inkomensschade), waarvoor een ander aansprakelijk kan worden gesteld, is het vaak mogelijk dat Anoz Zorgverzekeringen - veelal kosteloos - hulp verleent bij het verhalen van die schade. Deze service wordt ClaimCare genoemd. Wanneer de verzekerde aangeeft dat de gedeclareerde ziektekosten het gevolg zijn van een ongeval, ontvangt hij meer informatie over ClaimCare. N.B. Claimcare is alleen mogelijk wanneer de ziektekosten die het gevolg zijn van het ongeval voor vergoeding door Anoz Zorgverzekeringen in aanmerking komen.

4.16 Uitsluiting

Schaden, veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij zijn van dekking uitgesloten.

4.17 Schorsing van rechten

- 1 Indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van premie, kan Anoz Zorgverzekeringen schriftelijk aanmanen tot betaling, waarbij schorsing van rechten uit de betreffende verzekering(en) kan worden aangekondigd. Bij schorsing van rechten geldt de dekking niet voor zorg die is genoten na de vervaldag van de premie.
- 2 De verzekerde blijft ook gedurende de periode dat sprake is van een schorsing van rechten uit de verzekering(en) verplicht de premie te voldoen, zulks vermeerderd met de wettelijke rente.
- 3 De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag (en de eventuele kosten) door Anoz Zorgverzekeringen zijn ontvangen.

4.18 Royement

Bij schorsing van rechten uit de verzekering(en), zoals omschreven in 5.18, heeft Anoz Zorgverzekeringen het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de verzekeringsovereenkomst. Anoz Zorgverzekeringen doet in voorkomende gevallen mededeling van de beëindiging aan de verzekerde, zulks onder vermelding van de datum waarop de overeenkomst een einde neemt.

4.19 Incassokosten

Indien Anoz Zorgverzekeringen maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekerde.

4.20 Opzegging

- 1 De verzekerde kan de aanvullende verzekering telkens schriftelijk per 1 januari opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 2 In afwijking van het in het voorgaande lid bepaalde kan de verzekerde de aanvullende verzekering na het verstrijken van de uiterste opzegdatum beëindigen, indien door Anoz Zorgverzekeringen na deze datum een verhoging van de premie of wijziging in de zorgaanspraken bekend wordt gemaakt. De verzekerde dient dan de wens tot beëindiging van de aanvullende verzekering schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen kenbaar te maken binnen 30 dagen nadat de mededeling over de wijziging(en) aan de verzekerde is toegezonden. De aanvullende verzekering wordt dan beëindigd per de datum van de wijziging.

4.21 Einde ziekenfonds = einde aanvullende verzekering

De inschrijving in de aanvullende verzekering eindigt op het moment waarop de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen een einde neemt.

4.22 Einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering(en)

De extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen eindigt op het moment waarop de inschrijving als aanvullend verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen een einde neemt.

4.23 Aansprakelijkheid van derden

- 1 De verzekerde informeert Anoz Zorgverzekeringen omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt Anoz Zorgverzekeringen in dat verband alle noodzakelijke inlichtingen.
- 2 In aansprakelijkheidskwesties treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde zonder schriftelijke akkoordverklaring van Anoz Zorgverzekeringen. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor Anoz Zorgverzekeringen in haar belangen kan worden geschaad.

4.24 Aansprakelijkheid van Anoz Zorgverzekeringen

Anoz Zorgverzekeringen is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgverlener of instelling tot wie de verzekerde zich heeft gewend voor zorg waarvan de kosten door Anoz Zorgverzekeringen verzekerd zijn.

4.25 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanmelding voor de aanvullende verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Anoz Zorgverzekeringen gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een reglement persoonsregistratie van toepassing, hetgeen ter inzage ligt en kan worden opgevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen.

4.26 Klachten

Op de overeenkomst van aanvullende verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Voor klachten naar aanleiding van de aanvullende verzekering kan de verzekerde zich wenden tot: de directie van Anoz Zorgverzekeringen, Postbus 223, 7300 AE Apeldoorn. Nadat een klacht ter kennisneming is gebracht van de directie van Anoz Zorgverzekeringen, en deze haar definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van één maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, kan deze worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

5 Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 2.11

Ingevolge 2.11 van de voorwaarden van de Anoz AV Basis Plus worden vergoed - met inachtneming van de in 2.11 genoemde maxima - de kosten van acupunctuur, chiropractie, haptotherapie, homeopathie, manuele therapie/manuele geneeskunde, neuraaltherapie, natuurgeneeswijze en orthomoleculaire geneeskunde mits toegepast door een bevoegde arts, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), klassiek homeopaat, haptotherapeut of chiropractor, die lid is van de desbetreffende beroepsvereniging welke voorkomt op de daartoe door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst, en die door de desbetreffende vereniging op basis van het lidmaatschap en/of de registratie wordt erkend als zijnde gerechtigd tot het voeren van de betreffende praktijk. De zojuist bedoelde lijst treft u hieronder aan.

Acupunctuur:

- Nederlandse Artsen Acupuncturisten Vereniging (NAAV),
- Nederlandse Artsen Acupuncturisten Stichting (NAAS)
- Nederlandse Vereniging van Acupuncturisten (NVA)
- Nederlands Genootschap van Acupuncturisten (NGVA)

Chiropractie:

- Nederlandse Vereniging van Chiropractoren (NVC)
- Nederlandse Vereniging Pro-Chiropractie (NVPC)
- Nederlandse Chiropractie Associatie (NCA)

Haptotherapie:

- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)

Homeopathie:

- Vereniging van Homeopathisch Artsen in Nederland (VHAN)
- Homeopathische Specialisten Vereniging (HSV)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)

Manuele therapie/ geneeskunde:

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

Neuraaltherapie:

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

Natuurgeneeswijze:

- Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuur Geneeskunde (ABNG)

Orthomoleculaire Geneeskunde:

- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

6 Begripsomschrijvingen

Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Anoz Zorgverzekeringen:

Agis Ziektekostenverzekeringen N.V., ten deze handelende onder de naam Anoz Zorgverzekeringen.

Apotheker:

een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, en die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van Volksgezondheid.

Arts:

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

AWBZ:

de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Chiropractor:

- een in Nederland gevestigde arts of fysiotherapeut die de chiropractie beoefent, en lid is van de Nederlandse Vereniging van Chiropractoren (NVA);
- een in Nederland gevestigde chiropractor die geen arts of fysiotherapeut is, maar wel lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA).

Dermatoloog:

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

Fysiotherapeut:

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

Haptotherapeut:

een in Nederland gevestigde haptotherapeut die lid is en ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten.

Huidtherapeut:

een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

Huisarts:

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

Klassiek homeopaat:

een in Nederland gevestigde homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH).

Medische noodzaak:

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

Mondhygiënist:

een in Nederland gevestigde mondhygiënist die rechtsgeldig de titel van mondhygiënist voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Oefentherapeut Cesar:

een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar die rechtsgeldig de titel van oefentherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Oefentherapeut Mensendieck:

een in Nederland gevestigde oefentherapeut Mensendieck die rechtsgeldig de titel van oefentherapeut Mensendieck voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

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 dento-maxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedisch instrumentmaker:

een in Nederland gevestigde orthopedisch instrumentmaker die in het bezit is van een erkend diploma (en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthopaedisten en Bandagisten (Orthobanda)).

Orthopedisch schoenmaker:

een in Nederland gevestigde orthopedisch schoenmaker die in het bezit is van een erkend diploma (en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici (NVOS)).

Podotherapeut:

een in Nederland gevestigde podotherapeut die rechtsgeldig de titel van podotherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Schoonheidsspecialist:

een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Vereniging van schoonheidsspecialisten.

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.

Sport Medisch Adviescentrum:

een Sport Medisch Adviescentrum dat is opgenomen op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst van Sport Medisch Adviescentra.

Tandarts:

een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Tandheelkundige instelling:

een instelling als bedoeld in artikel 8a Ziekenfondswet die tandheelkundige hulp verleent.

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 van 22 augustus 1997, Stb. 1997,447.

Verzekerden (gezinsleden):

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

- de verzekeringnemer;
- medeverzekerden in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet.

Verzekeringnemer:

degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Wet BIG:

wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg van 11 november 1993, Stb. 1993, 655.

Ziekenhuis:

een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend.

Zorgverleners:

de medische, paramedische en alternatieve zorgverleners, ten aanzien van wier zorg op grond van de verzekeringsvoorwaarden recht op vergoeding bestaat.

Zorgverzekeraar:

(zie bij Anoz Zorgverzekeringen)