



zorg en inkomen

Polisvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen en Tandartsverzekeringen

Modelnummer AV.2.95.06

Confior ZorgExtra 1

Confior ZorgExtra 2

Confior ZorgExtra 3

Confior TandZorgExtra 1

Confior TandZorgExtra 2

Confior TandZorgExtra 3

INHOUDSOPGAVE

Algemene Verzekeringsvoorwaarden		Pagina
Artikel 1	Afkortingen en begripsomschrijvingen	2
Artikel 2	Grondslag	4
Artikel 3	Toepassingsgebied van de verzekering	4
Artikel 4	Begin, duur en einde van de verzekering	4
Artikel 5	Premie	5
Artikel 6	Wijziging van voorwaarden en premie	6
Artikel 7	Verzekerde prestaties	6
Artikel 8	Uitsluitingen	6
Artikel 9	Indicatie voor de aanspraak op zorg	7
Artikel 10	Indienen van nota's	7
Artikel 11	Verplichting tot medewerking	7
Artikel 12	Fraudebestrijding	7
Artikel 13	Collectief verzekeren	8
Artikel 14	Klachten en geschillen	8
Artikel 15	Overige bepalingen	8
Artikel 16	Slotbepalingen	8
Aanvullende Verzekering Confior ZorgExtra 1		9
Aanvullende Verzekering Confior ZorgExtra 2		11
Aanvullende Verzekering Confior ZorgExtra 3		17
Aanvullende Algemene Verzekeringsvoorwaarden voor alle Aanvullende Tandartsverzekeringen		24
Aanvullende Tandartsverzekering Confior TandZorgExtra 1		24
Aanvullende Tandartsverzekering Confior TandZorgExtra 2		25
Aanvullende Tandartsverzekering Confior TandZorgExtra 3		27

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

ARTIKEL 1 AFKORTINGEN EN BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden worden de volgende afkortingen gebruikt:

- ADL : Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- AWBZ : Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- CGGZ : Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
- CTG/Zaio : College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
- DGD : Districts Geneeskundige Dienst
- GGD : Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
- GVS : Geneesmiddelenvergoedingssysteem
- KNGF : Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- NWP : Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
- SEMH : Stichting Erkenningregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen
- Wet BIG : Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- WTG : Wet Tarieven Gezondheidszorg

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt bedoeld met:

Alarmcentrale

De organisatie die verzekeraar inschakelt om medische zorg in het buitenland te organiseren.

Alternatieve (genees)middelen

Niet-reguliere (genees)middelen, voorgeschreven door een arts in het kader van een alternatieve geneeswijze die zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Alternatieve geneeswijzen

Geneeswijzen die naar aard en behandelwijzen afwijken van reguliere geneeswijzen.

Antroposofisch arts

Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of een daartoe bevoegde zorg-aanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die als gevestigd apotheekhoudend huisarts bevoegd is tot het uitoefenen van de artseneijbereidkunde en krachtens artikel 14 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is ingeschreven in het register van apotheekhoudend geneeskundigen.

Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is en die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Arts

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Balneofototherapie

Combinatie van zoutwaterbaden en uvb-lichttherapie ter behandeling van psoriasis.

Bekkentherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de arbo-dienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Chiropractor

Een in Nederland gevestigde chiropractor, die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of die staat geregistreerd bij de Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

Dekking

De in de Vergoedingenlijst genoemde en verzekerde prestaties.

Diëtist

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

Duurzaam samenlevend persoon

Persoon die tenminste gedurende één jaar aantoonbaar samenwoont met verzekerde en daarmee een gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van verzekeraar.

Eigen bijdrage

De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.

Eurocenter

De organisatie die verzekeraar inschakelt om medische zorg in het buitenland te organiseren.

Farmaceutische zorg

Geneesmiddelen waarop de verzekerde op grond van zijn zorgverzekering recht heeft.

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigd en praktiserend fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Geregistreerde partner

Persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand.

Gezin

Tot het gezin behoren:

- twee gehuwden,
- of
- geregistreerde partners,
- of
- duurzaam samenlevende personen,
- en
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar,
- of
- een alleenstaande met één of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

Herstellingsoord

Een in Nederland gevestigd herstellingsoord, niet zijnde een AWBZ instelling.

Hoofdverzekering

De door verzekeringnemer bij een zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet of de anderszins bij een risicodragers afgesloten verzekering ter dekking van de kosten van zorg. Een reisverzekering wordt niet als een hoofdverzekering beschouwd.

Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut.

Huisarts

Een ingevolge de wet BIG geregistreerde arts die is ingeschreven in het register van de Huisarts Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en die tevens als kindtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register van het KNGF.

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

Magistrale homeopatische bereiding

Homeopatisch geneesmiddel dat is bereid voor een individuele patiënt door een fabrikant, die krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening ver-

gunning is verleend tot het bereiden van homeopatische en/of antroposofische geneesmiddelen.

Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Medisch adviseur

De door verzekeraar aangewezen arts, die verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch Specialist

Een in Nederland gevestigd en praktiserend arts die is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de Nederlandse kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

Mondhygiënist

Een in Nederland gevestigd mondhygiënist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en door zorgverzekeraar is gecontracteerd.

Oedeemtherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register van het KNGF.

Oefentherapeut Cesar/Oefentherapeut Mensendieck

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

Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

Orthodontist

Een in Nederland gevestigd tandarts-specialist die is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Specialisten Registratiecommissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Overgangsconsulent

Een in Nederland gevestigde overgangsconsulent die beschikt over het opleidingscertificaat van de organisatie 'Care for Women' of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

Parodontoloog

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Parodontologie en erkend is door het Consilium Parodontologicum.

Patiëntenvereniging

Organisatie die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

Personen-alarmeringsapparatuur

Een apparaat met een spreek en luisterverbinding met bijbehorende draagbare noodschakelaar, waarmee men in noodsituaties een telefoonkiesauto-maat in werking kan stellen.

Podotherapeut

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

Premieervaldag

De eerste dag van de periode waarop de premie betrekking heeft.

Privé-kliniek

Zie zelfstandig behandelcentrum.

Psychiater

Een in Nederland gevestigd arts die is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Psychologische hulpverlener

Eerstelijnspsycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zoda-

nig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog.

GZ-psycholoog: Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog die is afgestudeerd in de psychologie en die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en werkzaam is in de eerste lijn. Orthopedagogen vallen niet onder deze omschrijving.

Psychotherapeut

Een in Nederland gevestigd en praktiserend psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Reddingskosten

De kosten van na ongeval of vermissing door of namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Regeling zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171, met inbegrip van eventuele latere wijzigingen.

Register-podoloog B

Podoloog, aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor Podologie), die zich bezig houdt met het behandelen en voorkomen van de vanuit de voet gerelateerde aandoeningen in het algemene houdings- en bewegingsapparaat.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform bij de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigd en praktiserend schoonheidsspecialist, die is ingeschreven in het ANBOS-register (de Algemene Nederlandse Bond voor Schoonheidsspecialisten) voor de specialisatie camouflage of elektrisch ontharen, of die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig erkend is.

Specialistische hulp

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de Nederlandse kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

Spoedeisende medische hulp in het buitenland

Situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en die niet kan worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.

Sport Medisch Adviescentrum (SMA)/Sport Medische Instelling

Een door de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI) erkend Sport Medisch Adviescentrum of Sport Medische Instelling.

Sportarts

Een in Nederland gevestigde sportarts die als zodanig erkend is door het College voor Sociale Geneeskunde (CSG).

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en door verzekeraar is gecontracteerd.

Toestemming

Schriftelijke toestemming (machtiging) van verzekeraar op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op de verzekerde prestaties conform het bepaalde in deze verzekeringsvoorwaarden.

Vergoedingenlijst

De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen Vergoedingenlijst. Op deze Vergoedingenlijst zijn de Algemene Verzekeringsvoorwaarden van toepassing. Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden bestaat recht op de in de Vergoedingenlijst genoemde aanvullende verzekeringen, mits verzekeringnemer en/of verzekerde voor de betreffende aanvullende verzekering zijn verzekerd, hetgeen uit de zorgpolis dient te blijken.

Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Verwijzing

Verwijzing door een aanbieder voorafgaand aan het betrekken van zorg of overige diensten van een andere aanbieder.

Verzekeraar

OWM Menzis U.A.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis is genoemd.

Verzekering

Een tussen verzekeraar en verzekeringnemer, eventueel (mede) ten behoeve van verzekerde(n), afgesloten overeenkomst van verzekering, welke aanvullend op een afgesloten hoofdverzekering is afgesloten.

Verzekeringnemer

Degene die bij de verzekeraar de verzekering heeft afgesloten.

Verzekeringsduur

De termijn waarbinnen de verzekering tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.

Verzekeringsvorm

De op de zorgpolis vermelde vorm van verzekering die verzekeringnemer met verzekeraar is aangegaan die afhankelijk is van pakket, eigen risico en andere voorwaarden.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg die, voor zover vereist, als zodanig bij of krachtens de wet is toegelaten.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

Z-index geneesmiddelen G-standaard

Organisatie die van minimaal alle producten die bij de openbare apotheek te verkrijgen zijn de gegevens verzamelt, controleert, verrijkt, koppelt, beheert en verspreidt.

Zorgkantoor

Verbindingskantoor zoals bedoeld in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering.

Zorgpolis

De akte (het polisblad) waarin de tussen verzekeringnemer en verzekeraar gesloten verzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar waar verzekeringnemer de hoofdverzekering, al of niet op basis van de Zvw, heeft afgesloten.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG

Deze verzekering vindt zijn grondslag in de in het Burgerlijk Wetboek opgenomen wettelijke bepalingen, in het bijzonder titel 17 Verzekering van boek 7. Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke en elektronische gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens gelden eveneens als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. De inhoud van de verzekeringsovereenkomst is weergegeven in deze verzekeringsvoorwaarden en de zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de dwingendrechtelijk voorgeschreven bepalingen in het Burgerlijk Wetboek. In geval van strijdigheid prevaleren de dwingendrechtelijk voorgeschreven wettelijke bepalingen.

ARTIKEL 3 TOEPASSINGSGBIED VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering kan worden gesloten door of ten behoeve van een verzekerde die woont in Nederland, tenzij verzekeraar anders bepaalt.

ARTIKEL 4 BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

Ingangsdatum van de verzekering

- 1 Bij aanvaarding van de kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste dag van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-

verzekerde, blijktens het door hem ondertekende aanvraagformulier, de verzekering wil doen aanvragen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste dag van de maand, waarin het aanvraagformulier bij verzekeraar is binnengekomen. Voor pasgeboren kinderen geldt dat zij met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum zijn verzekerd, mits zij binnen 4 maanden na hun geboorte schriftelijk ter verzekering zijn aangemeld.

- 2 Verzekeraar kan voor het aangaan en wijzigen van de verzekering bijzondere voorwaarden stellen of daaraan verbinden. Ook kan verzekeraar het aangaan en wijzigen van de verzekering weigeren.
- 3 De verzekering kan alleen dan worden afgesloten en worden gecontinueerd zolang verzekerde op grond van een hoofdverzekering bij voortduring is verzekerd en de dekking van de hoofdverzekering niet is geschorst. Op verzoek van verzekeraar is verzekeringnemer verplicht een recent en rechtsgeldig verzekeringsbewijs te overleggen van de hoofdverzekering.
- 4 De verzekering gaat in op de datum die op de zorgpolis is vermeld.
- 5 Wanneer aanmelding voor de verzekering tegelijk met de aanmelding als verzekerde voor de hoofdverzekering plaatsvindt, is de ingangsdatum van de verzekering gelijk aan de ingangsdatum van de hoofdverzekering, tenzij verzekeraar anders bepaalt.
- 6 Als de kandidaat-verzekerde al ingeschreven staat als verzekerde op de hoofdverzekering bij een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort of een aanvullende verzekering bij verzekeraar, is de ingangsdatum van een extra aanvullende verzekering 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin verzekeraar de aanvraag heeft ontvangen, tenzij verzekeraar anders bepaalt.
- 7 Als de kandidaat-verzekerde een bij verzekeraar afgesloten verzekering wil wijzigen in een andere verzekering bij verzekeraar, is de ingangsdatum van deze andere verzekering 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin verzekeraar de aanvraag tot wijziging van de verzekering heeft ontvangen, tenzij verzekeraar anders bepaalt.

Duur van de verzekering

- 8 De verzekering wordt aangegaan voor telkens de duur van één kalenderjaar. Indien de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar wordt deze aangegaan voor de resterende duur van dat kalenderjaar en het daarop volgende kalenderjaar.
- 9 De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij er sprake is van een rechtsgeldige opzegging.
- 10 Verzekeringnemer kan de verzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang 1 januari van het volgende kalenderjaar schriftelijk opzeggen. Bij opzegging dient verzekeringnemer schriftelijk aan te geven op welke verzekerde(n) de opzegging betrekking heeft.

Opzegging of ontbindingen door verzekeraar

Verzekeraar heeft het recht om de verzekering schriftelijk op te zeggen of te ontbinden. In de gevallen genoemd onder de leden 11, 14 en 15 wordt de verzekering met ingang van de dag waarop het bedoelde feit of omstandigheid heeft plaatsgevonden beëindigd, of op een andere, door verzekeraar te bepalen datum. Ook wanneer het in dit lid vermelde betrekking heeft op de bij een zorgverzekeraar afgesloten hoofdverzekering, kan verzekeraar de aanvullende verzekering beëindigen:

- 11 wanneer verzekeringnemer heeft gehandeld met de opzet zorgverzekeraar te misleiden of wanneer die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten;
- 12 wanneer de premie, ook na aanmaning, niet is betaald;
- 13 wanneer aan een terugvordering van een openstaande vordering, ook na aanmaning, niet is voldaan;
- 14 wanneer een niet waarheidsgetrouw verzoek tot vergoeding is ingediend;
- 15 wanneer een verzekerde zich ernstig misdraagt (bijvoorbeeld dwang of bedreiging).
- 16 Met ingang van de eerste dag dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) zich metterwoon buiten Nederland vestigt(en) of met ingang van de eerste dag van het tijdvak dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) langer dan twaalf maanden aaneengesloten buiten Nederland verblijft(en). Een nieuwe periode van 12 maanden ontstaat wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde aantoonbaar meer dan twee maanden aaneengesloten in Nederland verblijft(en). Zolang verzekeringnemer niet aan de verplichting van artikel 11 lid 5 sub f heeft voldaan, blijft verzekeringnemer verplicht tot premiebetaling, zonder evenwel enige aanspraak op vergoeding te kunnen maken. Op ver-

zoek van verzekeraar dient verzekerde bewijs te overleggen waaruit het tijdstip van vertrek naar het buitenland en/of de duur van het verblijf in het buitenland blijkt. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan de verzekering op een door verzekeraar te bepalen tijdstip worden beëindigd of kan een verzoek om beëindiging door verzekeraar worden geweigerd. Verzekeraar kan bepalen dat de verzekering van kracht blijft voor een tijdelijk verblijf in het buitenland van langer dan 12 maanden. Hierbij kan verzekeraar nadere voorwaarden stellen.

- 17 Als de verzekering is beëindigd op grond van het niet betalen van de premie, kan verzekeraar op verzoek van verzekeringnemer besluiten verzekerde opnieuw te verzekeren, nadat de verschuldigde premie, vermeerderd met de kosten als genoemd in artikel 5 lid 9, door verzekeraar is ontvangen. De ingangsdatum van de verzekering is in dat geval 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin verzekeraar het verzoek tot verzekering heeft ontvangen.
- 18 De verzekering eindigt voor een verzekerde met ingang van de datum waarop verzekerde niet langer meer een hoofdverzekering heeft afgesloten of de dekking van de hoofdverzekering is geschorst.

Beëindiging van rechtswege

- 19 De verzekering eindigt voor een verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van zijn overlijden.

ARTIKEL 5 PREMIE

- 1 Krachtens de verzekering is verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 2 De premiegrondslag voor de verzekering is vermeld op de zorgpolis.
- 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag, verminderd met een eventuele korting wegens deelname aan een collectiviteit.
- 4 Behalve bij opzegging of ontbinding wegens opzet de (zorg)verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging of ontbinding de lopende premie naar billijkheid verminderd.
- 5 Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premievervaldag te betalen.
- 6 Verzekeringnemer kan geen premie verrekenen met van verzekeraar te ontvangen vergoedingen.
- 7 Wanneer verzekeringnemer na de premievervaldag vruchteloos is aangevaard tot betaling van de verschuldigde premie binnen een termijn van tenminste 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, wordt de dekking geschorst vanaf de premievervaldag. Er bestaat vanaf die dag geen recht meer op verzekerde prestaties, gemaakt in de periode van schorsing van de dekking. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie te voldoen.
- 8 De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd onder lid 9 door verzekeraar zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de verzekering door verzekeraar is dan wel wordt beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde geen recht op vergoeding van de verzekerde prestaties, gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken, zich geopenbaard heeft in de periode van schorsing van de dekking. Dit is ook het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door verzekeraar verleende toestemming (machtiging) en/of schriftelijke toezeggingen.
- 9 Wanneer verzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van de verzekeringnemer. Tevens maakt verzekeraar aanspraak op vergoeding van de wettelijke rente.
- 10 Verzekeraar kan met een werkgever of een rechtspersoon (niet zijnde een werkgever) die de belangen behartigt van natuurlijke personen een collectiviteitskorting overeenkomen.
- 11 Verzekeraar kan besluiten om verzekeringnemer die per acceptgiro wenst te betalen, een toeslag in rekening te brengen ter dekking van de hogere administratiekosten die met deze wijze van betaling gemoeid zijn.
- 12 Verzekeraar kan een administratietoeslag in rekening brengen, indien de verzekerde de hoofdverzekering niet heeft ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort. Deze toeslag zal niet meer bedragen dan maximaal de extra toe te rekenen kosten aan de verzekering, ten opzichte van de situatie indien er wel een hoofdverzekering bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort is afgesloten.
- 13 Verzekeraar heeft het recht, indien blijkt dat niet minimaal een lid van het gezin ouder dan 17 jaar tevens bij voortduring dezelfde aanvullende verzekering heeft afgesloten, om de premie van een verzekerde jonger dan 18 jaar gelijk te stellen aan die van een verzekerde ouder dan 17 jaar.

ARTIKEL 6 WIJZIGING VAN VOORWAARDEN EN PREMIE

- 1 Verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering, de premie en/of kortingen op de grondslag van de premie en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs op een door verzekeraar vast te stellen datum te wijzigen.
- 2 Indien verzekeraar de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is verzekeringnemer gerechtigd de verzekering op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan verzekeringnemer is medegedeeld.
- 3 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden tot aan het moment van de wijzigingen.
- 4 Indien er tijdens de duur van de verzekering wijzigingen optreden in UPT-coderingen, dan leiden deze niet tot beperking of uitbreiding van aanspraken op vergoedingen van verzekerde, zoals die golden voordat de wijzigingen zich hebben voorgedaan.

ARTIKEL 7 DE VERZEKERDE PRESTATIES

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van de prestaties zoals genoemd in de aanvullende verzekering(en) die op de zorgpolis is (zijn) vermeld.

ARTIKEL 8 UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van verzekerde prestaties kan worden gemaakt:

- 1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit, hetzij direct, hetzij indirect:
 - een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
 - burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 - munitierij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.
- 2 De 6 genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981;
- 2 a Indien - zo de in deze overeenkomst bedoelde verzekering niet bestond door verzekeringnemer of verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekkingen, vergoeding van kosten respectievelijk schaden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige verdrag, enige wet, enige overeenkomst of enige andere voorziening, is de in deze overeenkomst bedoelde verzekering eerst in de laatste plaats geldig. In zo'n geval is de verzekeraar alleen gehouden tot verstrekking en vergoeding van kosten waarop verzekeringnemer of verzekerde elders geen aanspraak zou kunnen doen gelden en in dat geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekeringnemer of verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- b Indien verzekeringnemer of verzekerde naast deze verzekering aanspraken heeft op een reisverzekering en/of een schadeverzekering voor inzittenden en geneeskundige kosten maakt waarvoor deze verzekering(en) in beginsel dekking bied(t)(en), biedt deze verzekering voor die geneeskundige kosten geen dekking. Deze dekkingsuitsluiting geldt niet voor de

geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering en/of schadeverzekering voor inzittenden niet zijn opgenomen in een lijst van te vergoeden geneeskundige kosten, en ook niet indien vanwege toepassing van een eigen risico of een vergoedingsmaximum geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering en/of schadeverzekering voor inzittenden voor vergoeding in aanmerking komen. Eerst in die situaties biedt deze verzekering dekking conform de geldende voorwaarden;

- c Niettegenstaande het bepaalde in de voorgaande leden zal verzekeraar aan verzekeringnemer of verzekerde, die niet binnen redelijke termijn van de verzekeraar van een elders lopende verzekering de zekerheid verkrijgt dat de te maken of gemaakte kosten als bedoeld in het voorgaande lid zullen worden vergoed, die kosten bij wijze van een renteloze lening aan de verzekeringnemer of verzekerde ter beschikking stellen onder de voorwaarde dat deze zijn rechten onder die andere verzekering aan verzekeraar van deze verzekering overdraagt.
- 3 Voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoek, tenzij in een aanvullende verzekering afwijkend is overeengekomen.
- 4 a Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- b De uitsluiting onder 4.a geldt niet met betrekking tot 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) alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;
- c Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4b geen toepassing.
- 5 Terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden, tenzij en voor zover deze kosten kunnen worden bestreden uit herverzekering bij de Nederlandse Herverekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen via de website van verzekeraar of de NHT of wordt op verzoek toegezonden.
- 6 Voor onderzoek, behandeling, verpleging, geneesmiddelen of hulpmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat, alsmede de hieruit voortvloeiende kosten van vervolg- of herstelbehandelingen/operaties, al dan niet medisch noodzakelijk.
- 7 Voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
- 8 Voor onderzoek en/of behandeling door een hooglerspecialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hooglerspecialist.
- 9 Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Vergoedingenlijst anders is bepaald.
- 10 Voor een behandeling die verband houdt met ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten die reeds bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering terwijl verzekeringnemer of verzekerde op dat tijdstip hiervan kennis droeg, redelijkerwijs kennis had kunnen dragen of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien verzekeringnemer verzekerde vóór de totstandkoming van de verzekering van de bewuste ziekten, aandoeningen, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en verzekeraar bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij het op verzoek van verzekeringnemer of verzekerde uitbreiden van de dekking, is het vorenstaande eveneens van toepassing op deze uitbreiding respectievelijk verhoging.
- 11 Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit.
- 12 Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen.
- 13 Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist.

- 14 De kosten van consulten, behandelingen en/of genees- en hulpmiddelen die door een zorgaanbieder aan zichzelf of aan één van zijn of haar gezinsleden die bij verzekeraar zijn verzekerd, heeft verleend respectievelijk voorgeschreven, tenzij uitdrukkelijk vooraf toestemming is verleend door verzekeraar.
- 15 Als verzekerde bij vertrek naar het buitenland voorziet dat zorgverlening nodig zal zijn en/of deze zorgverlening verband houdt met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde zorgverlener te verkrijgen, tenzij daar door verzekeraar vooraf toestemming voor verleend is.
- 16 Voor schade welke het gevolg is van opzet of (on)bewuste roekeloosheid van verzekerde of het gevolg is van een misdrijf waaraan verzekerde heeft deelgenomen.
- 17
 - a Indien aan de in artikel 7.17.1.4 van het Burgerlijk Wetboek omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden b en c.
 - b De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegeedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt;
 - c Indien aan lid b niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen;
 - d In afwijking van de leden b en c is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten;
 - e In afwijking van de leden b en c is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 7.17.1.4 lid 2 of lid 3 van het Burgerlijk Wetboek, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.
- 18 Voor schade en/of kosten die het gevolg zijn van het niet nakomen van een gemaakte afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgaanbieder.

ARTIKEL 9 INDICATIE VOOR DE AANSPRAAK OP ZORG

Onverminderd hetgeen is bepaald in de Vergoedingenlijst heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

ARTIKEL 10 INDIENEN VAN NOTA'S

- 1 Een nota komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking onder deze voorwaarden:
 - de nota is door de aanbieder verstrekt en in origineel ingediend (geen kopie of aanmaning);
 - de nota is zo duidelijk gespecificeerd, dat verzekeraar zonder meer kan beoordelen of de nota voor vergoeding in aanmerking komt;
 - de nota waarvan de herkomst niet duidelijk blijkt ('computernota') is door de aanbieder gewaarmerkt;
 - de nota is binnen 12 kalendermaanden na afloop van het kalenderjaar waarin de zorg en/of overige diensten zijn verstrekt door zorgverzekeraar ontvangen;
 - ingediende nota's worden niet aan de verzekeringnemer teruggestuurd;
 - een nota in een andere taal wordt vertaald door een beëdigd vertaler, indien de nota naar het oordeel van zorgverzekeraar vertaling behoeft. De vertaalkosten komen voor rekening van verzekerde.
- 2 Als en voor zover verzekeraar aan een aanbieder meer vergoedt dan de verzekerde kosten, verleent verzekeringnemer bij voorbaat aan verzekeraar een volmacht tot het innen van het onverschuldigd betaalde.
- 3 Voor medische kosten bestaat geen recht op vergoeding, als de noodzaak of de verwachting om die kosten te maken zich geopenbaard heeft in de periode waarin het recht op vergoeding was vervallen.
- 4 Kosten van medische behandelingen waarvoor aanspraak op vergoeding

bestaat, worden toegerekend aan het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden.

- 5 Als de verzekerde niet binnen 6 weken na de dag van betaling bezwaar maakt tegen de door verzekeraar vastgestelde vergoeding, neemt verzekeraar aan dat deze met de vergoeding onvoorwaardelijk akkoord gaat.
- 6 Verzekeraar is bevoegd vergoeding van verzekerde kosten te verrekenen met alle vorderingen die verzekeraar, uit welke hoofde dan ook, op de verzekeringnemer en/of verzekerde heeft.
- 7 Als in de Vergoedingenlijst bij een verzekerde prestatie een maximumvergoeding voor de gehele verzekeringsduur is vermeld, worden alle tijdens de verzekeringsduur voor dat onderdeel vergoede kosten, in aanmerking genomen voor dit maximum, ongeacht de verzekeringsvorm(en) op grond waarvan deze vergoeding(en) werd(en) verleend.
- 8 Als in de Vergoedingenlijst bij een verzekerde prestatie een maximumvergoeding per periode is vermeld, worden alle voor dat onderdeel reeds vergoede kosten die betrekking hebben op deze periode, in aanmerking genomen voor dit maximum, ongeacht de verzekeringsvorm(en) op grond waarvan deze vergoeding(en) werd(en) verleend.

ARTIKEL 11 VERPLICHTING TOT MEDEWERKING

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht:

- 1 aan verzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- 2 de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
- 3 medewerking te verlenen in het geval verzekeraar een onderzoek instelt naar mogelijke fraude door een aanbieder;
- 4 verzekeraar behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door verzekeraar geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde verzekeraar direct te informeren. Verzekerde verschafft verzekeraar desgevraagd de inlichtingen die verzekeraar redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde. In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van verzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor verzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad;
- 5 iedere wijziging en verandering die van invloed kan zijn op de rechten en plichten uit hoofde van de aanvullende verzekering zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk aan verzekeraar mee te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
 - a verhuizing;
 - b geboorte;
 - c overlijden;
 - d wijziging van (post)banknummer;
 - e wijziging van huisarts;
 - f het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
 - g het vervallen van de verzekeringsplicht op grond van de Zorgverzekeringswet, het schorsen van de hoofdverzekering en/of het beëindigen van de hoofdverzekering;
 - h het niet meer voldoen aan de voorwaarden om collectief verzekerd te zijn (bijv. beëindiging dienstverband).
- 6 de naam van de opvolgende verzekeraar door te geven, alsmede de naam van de (zorg)verzekeraar waar de hoofdverzekering is ondergebracht.

ARTIKEL 12 FRAUDEBESTRIJDING

- 1 Niet vergoed worden de kosten die worden gedeclareerd terwijl verzekerde verzekeraar probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door voor verzekeraar feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van de kosten of het recht op vergoeding van belang zijn. Dit verval van recht op vergoeding geldt voor de gehele declaratie.
- 2 Indien er sprake is van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik vanuit de verzekering voortvloeiende rechten, zullen de gegevens van de verzekerde en/of derden worden opgenomen in daartoe bestemde registers conform het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars. Deze registers hebben tot doel het bevorderen van de integriteit en de veiligheid van de verzekeringsbranche en het voorkomen van fraude, misbruik en oneigenlijk

- gebruik. Daarnaast gaat verzekeraar in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.
- 3 Bij bewezen misleiding of fraude kan verzekeraar de onderzoekskosten verhalen op de verzekeringnemer.
 - 4 Misbruik van de zorgpas wordt aangemerkt als fraude.

ARTIKEL 13 COLLECTIEF VERZEKERDEN

- 1 Indien op de verzekering collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven van toepassing zijn op basis van een tussen verzekeraar en een belangenbehartiger van verzekeringnemer afgesloten collectieve verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld werkgever, personeelsvertegenwoordiging, vereniging, stichting, branche-organisatie of andere belangenbehartiger die belangen verzekeringnemer vertegenwoordigt), dan zijn eventueel overeengekomen afwijkende bepalingen in de collectieve verzekeringsovereenkomst prevalerend ten opzichte van de deze voorwaarden. Verzekeringnemer is zelf niet individueel partij bij de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- 2 De verzekering wordt beëindigd vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan het collectief (bijvoorbeeld bij einde dienstverband). Verzekeraar kan vervolgens verzekeringnemer een aanbod doen voor een verzekering op individuele basis.
- 3 Indien de collectieve overeenkomst door verzekeraar of de belangenbehartiger wordt beëindigd, dan eindigt per de beëindigingsdatum van de collectieve overeenkomst eveneens de met verzekeringnemer afgesloten verzekering. Een afzonderlijke individuele opzegging gericht aan verzekeringnemer is hiervoor niet vereist. Ingeval de belangenbehartiger bij een andere verzekeraar geen nieuwe collectieve overeenkomst voor verzekeringnemer afsluit, kan verzekeringnemer een aanvraag indienen om zich op basis van de dan voor individuele kandidaat-verzekerden geldende voorwaarden en premietarieven direct aansluitend bij verzekeraar te verzekeren op basis van een individuele verzekering. De aanvraag van verzekeringnemer dient uiterlijk 31 dagen na beëindiging van de collectieve verzekering door verzekeraar te zijn ontvangen.

ARTIKEL 14 KLACHTEN EN GESCHILLEN

- 1 Indien verzekeringnemer of verzekerde het niet eens is met een door verzekeraar, in het kader van de uitvoering van de verzekering genomen beslissing kan hij verzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Klachten en Bezwaar.
- 2 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door verzekeraar wordt gereageerd, dan wel verzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan verzekeringnemer of verzekerde het geschil voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG, Zeist.

ARTIKEL 15 OVERIGE BEPALINGEN

- 1 De bij de aanvraag van de zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door zorgverzekeraar verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de zorgverzekering en om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.
- 2 Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht toestemming te hebben verleend aan zorgverzekeraar om op al dan niet elektronische wijze persoonsgegevens (zoals naam, adres, polis, premie, vergoedingen) te verwerken met voor de uitvoering van de zorgverzekering ingeschakelde derden (zoals aanbieders, factoring-, incasso-, verhaal- en fraudeonderzoeksbureaus).
- 3 Indien en voor zover zorgverzekeraar aan de aanbieder meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van zorgverzekeraar van het door verzekerde aan de aanbieder teveel betaalde.
- 4 Kosten van verzekerde prestaties worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de aanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

- 5 Mededelingen, verzonden aan het bij verzekeraar laatst bekende adres van verzekeringnemer worden geacht verzekeringnemer en verzekerde te hebben bereikt.
- 6 Er kan slechts een beroep worden gedaan op een telefonische of mondelinge toezegging indien verzekeraar deze schriftelijk heeft bevestigd.
- 7 Lijsten met gecontracteerde aanbieders maken geen deel uit van de verzekering.
- 8 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing en is de Nederlandse rechter bevoegd.

ARTIKEL 16 SLOTBEPALINGEN

- 1 In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist verzekeraar.
- 2 Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2006.

VERGOEDINGENLIJST

AANVULLENDE VERZEKERING CONFIOZ ZORGETRA 1

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de Aanvullende verzekering ZorgExtra 1 een onderdeel vormt, heeft verzekerde – indien en voorzover op de zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd – recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Alternatieve geneesmiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een zorgverlener die lid is van onder lid 2 genoemde verenigingen en die tevens bevoegd arts is;
- De geneesmiddelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten (zie lijst op www.cbg-meb.nl) of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-Index G-Standaard;
- Antroposofische geneesmiddelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking mits voorgeschreven door een antroposofisch arts;
- De geneesmiddelen zijn afgeleverd door een Nederlandse apotheek of apothekhoudend huisarts;
- De geneesmiddelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

Uitsluiting(en):

- Drinkampullen, alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, (orthomoleculaire) vitamines, (orthomoleculaire) voedingssupplementen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding:

- De kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De zorgverlener is als praktiserend lid aangesloten bij een van volgende beroepsverenigingen, waarbij aangetekend wordt dat wanneer de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, gedurende het kalenderjaar, van mening is dat er sprake is van ontoelaatbare praktijken, de betrokken beroepsvereniging van de lijst kan worden afgevoerd:

Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000)
Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN)
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Verpleegkunde (NVAV)
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)
Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM)
Vereniging Beter Natuurlijk (VBN), sectie therapeuten/Onder de Groene Pannen
Vereniging Van Haptotherapeuten (VWH)
Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP)
Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)
Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA)
Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT)
Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)/Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)
Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie
Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)
Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie (NVDA)

Nederlandse Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)
Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)
Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS)
Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)
Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.)
Vereniging Additieve Genezers (VAG)
Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG)
Nederlandse Vereniging ter Bevordering van de Antroposofische Psychotherapie (NVAP)
Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG)
Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT)
Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC)
Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA)
Stichting LOOP
Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)
Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT)
Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN)
Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)
Nederlandse Vereniging van Reflexzone Therapeuten (VNRT)
Vereniging Rebalancing Nederland (VRN).

3 Bevaling en kraamzorg

Kraampakket

Vergoeding:

- Een door verzekeraar verstrekt kraampakket met diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling en tijdens de kraamperiode.

Voorwaarde(n):

- Bij bevalling van verzekerde.
- Aanvraag via de Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar (telefoon 0900 122 29 22);
- Geleverd door een door verzekeraar aangewezen leverancier;
- Aanmelding moet plaatsvinden uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap.

De verzekerde krijgt het kraampakket circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuisgestuurd.

4 Buitenland

A Kostenvergoeding ingeval van spoedeisende medische zorg

Vergoeding:

- De kosten van spoedeisende medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorwaarde(n):

- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
- Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS;
- Bij een ziekenhuisopname moet deze direct gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (tel +31 317 455 555).

Uitsluiting(en):

- Ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
- Reddingskosten.

B Kostenvergoeding ingeval van niet-spoedeisende medische zorg

Vergoeding:

- De kosten van medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt en tot maximaal de in Nederland geldende tarieven.

Voorwaarde(n):

- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
- Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS;
- Na voorafgaande toestemming van verzekeraar.

C Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning:

- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar en Eurocenter bij het organiseren van spoedeisende medische zorg, contacten met behandelend artsen, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten.

Voorwaarde(n):

- Hulpverlening uitsluitend door de Alarmcentrale van verzekeraar of Eurocenter.

D Vervoer vanuit buitenland

Vergoeding:

- 100% van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar een instelling in Nederland.

Voorwaarde(n):

- De organisatie van het vervoer vindt plaats door de Alarmcentrale van verzekeraar;
- Behandeling ter plaatse is niet mogelijk;
- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak voor repatriëring;
- De kosten van repatriëring van een meereizend gezinslid komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de Alarmcentrale van verzekeraar het mee terugreizen noodzakelijk vindt.

E Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

- De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van verzekerde van de plaats van overlijden naar Nederland.

5 Fysio- en oefentherapie Cesar en/of Mensendieck

A De kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Vergoeding:

- Voor vergoeding komen in aanmerking de gezamenlijke kosten van maximaal 9 medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts, tenzij de fysiotherapeut is opgenomen in de Lijst Direct toegankelijke Fysiotherapeuten. Deze lijst is te raadplegen via de website van de verzekeraar;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut waarmee verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft.
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen zorgverlener en verzekeraar.

Of

B De kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar niet gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Vergoeding:

- Voor vergoeding komt in aanmerking maximaal € 175,- van de gezamenlijke kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.

De vergoeding voor fysiotherapie vindt plaats conform het Overzicht

Tarieven Fysiotherapie/Huidtherapie. Het overzicht is te raadplegen via de website van de verzekeraar.

De vergoeding voor oefentherapie Cesar/Mensendieck vindt plaats conform de wettelijk vastgestelde tarieven.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts;
- De nota van de eerste behandeling van een bepaalde indicatie dient vergezeld te gaan van de desbetreffende verwijzing;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering.

Uitsluiting(en):

- Individuele of groepsbehandelingen die slechts ten doel hebben om de

conditie door middel van training te bevorderen (medische fitness);

- Hydrotherapie;
- Werkhervattings/arbeidsreïntegratie trajecten;
- Behandelingen gericht op preventie.

6 Handicap, vakantie en begeleiding

Vergoeding:

- Gebruik maken van de diensten van IHD-Zorg (Internationale Hulp Diensten) in het buitenland. IHD kan in een aantal regio's in het buitenland van dienst zijn bij het regelen van ADL-assistentie, hulpmiddelen, aangepast vervoer en aangepaste accommodatie.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is gehandicapt en:
 - Voor dagelijkse verzorging aangewezen op thuiszorg door een thuiszorginstelling;
 - Ontvangt een persoonsgebonden budget via het Zorgkantoor;
- Een aanvraag hebben van huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

7 Huidtherapieën

A Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Bij instelling/aanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

B UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- 50% van de kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt minstens 2 jaar aan een ernstige vorm van psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis en bij vitiligo wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Bij instelling/aanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

8 Hulpmiddelen

A Bewakingsmonitor voor baby's in verband met wiegendoodrisico

Vergoeding:

- Verstrekking in bruikleen.

Voorwaarde(n):

- Medische noodzaak;
- Op aanvraag huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft.

B Hoortoestellen

Vergoeding:

- Het verschil tussen de aanschafprijs van een hoortoestel en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 100,- per hoortoestel.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor een hoortoestel;
- Verzekerde dient een originele nota en audiogram te overleggen;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

Uitsluiting(en):

- De kosten van de afstandsbediening, batterijen, onderhoudscontract en schoonmaaksetjes.

C Plasweccker

Vergoeding:

- Verstrekking in eigendom.

Voorwaarde(n):

- Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft.

D Pruik

Vergoeding:

- Het verschil tussen de aanschafprijs van een pruik en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 100,- per pruik.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor een pruik;
- Verzekerde dient een originele nota, alsmede een toelichting van de behandelend specialist te overleggen;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

E Steunpessarium

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Geleverd door de apotheek of apothekhoudend huisarts.

9 Patiëntenverenigingen

A Lidmaatschappen

Vergoeding:

- Maximaal € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

B Therapieën

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De therapie is georganiseerd door patiëntenvereniging.

Uitsluiting(en):

- Sportactiviteiten.

10 Podotherapie

Vergoeding:

- De kosten van consulten en behandelingen door een podotherapeut in het kader van podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie, in totaal tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Verricht door een podotherapeut aangesloten bij de NvWP.

Uitsluiting(en):

- Behandelingen die verricht kunnen worden door een pedicure.

11 Preventie

Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- De kosten van medisch noodzakelijke vaccinaties tegen tropische infectieziekten en preventieve geneesmiddelen tegen malaria (malaria-profylaxe), in totaal tot een maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Honorarium van de arts die tot vaccinatie overgaat, wordt alleen vergoed als het een (huis)arts betreft die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en in geval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

12 Psychologische zorg

Vergoeding:

- De kosten tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door de huisarts of medisch specialist;

- Er is sprake van kortdurende individuele psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns psycholoog;
- Bij psycho-oncologische zorg vindt vergoeding uitsluitend plaats als de zorg wordt verleend door een door verzekeraar erkend therapiecentrum;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de AWBZ.

Uitsluiting(en):

- Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

13 Second opinion

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Het betreft het eenmalig raadplegen van een andere medisch specialist, binnen Nederland, dan de behandelend medisch specialist die een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

14 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- De kosten van consulten en behandelingen bij sportblessures, tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Consulten en onderzoeken worden uitgevoerd door een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum of een Sport Medische Instelling, erkend door de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding en keuringen.

15 Stottertherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 200,- per verzekerde per kalenderjaar voor stottertherapieën.

Voorwaarde(n):

- Aangeboden door instituten die door verzekeraar erkend zijn zoals: Del Ferro te Amsterdam, Instituut Natuurlijk Spreken en de Boma methode zoals die wordt gehanteerd in instituut 'De Pauw'.

AANVULLENDE VERZEKERING CONFIOR ZORGEXTRA 2

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de Aanvullende Verzekering ZorgExtra 2 een onderdeel vormt, heeft verzekerde – indien en voorzover op de zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd – recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Alternatieve geneesmiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een zorgverlener die lid is van onder lid 2 genoemde verenigingen en die tevens bevoegd arts is; De geneesmiddelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten (zie lijst op www.cbg-meb.nl) of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-Index G-Standaard;
- Antroposofische geneesmiddelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking mits voorgeschreven door een antroposofisch arts;

- De geneesmiddelen zijn afgeleverd door een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- De geneesmiddelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

Uitsluiting(en):

- Drinkampullen, alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, (orthomoleculaire) vitamines, (orthomoleculaire) voedingssupplementen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding:

- De kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De zorgverlener is als praktiserend lid aangesloten bij een van volgende beroepsverenigingen, waarbij aangetekend wordt dat wanneer de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, gedurende het kalenderjaar, van mening is dat er sprake is van ontoelaatbare praktijken, de betrokken beroepsvereniging van de lijst kan worden afgevoerd:

Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000)

Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN)

Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)

Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Verpleegkunde (NVAV)

Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)

Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)

Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM)

Vereniging Beter Natuurlijk (VBN), sectie therapeuten/Onder de Groene Pannen

Vereniging Van Haptotherapeuten (VWH)

Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP)

Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)

Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA)

Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT)

Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)/Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie

Stichting Chiropractie Nederland (SCN)

Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)

Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie (NVDA)

Nederlandse Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)

Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)

Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS)

Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.)

Vereniging Additieve Genezers (VAG)

Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG)

Nederlandse Vereniging ter Bevordering van de Antroposofische Psychotherapie (NVAP)

Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG)

Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT)

Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC)

Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA)

Stichting LOOP

Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)

Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT)

Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN)

Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)

Nederlandse Vereniging van Reflexzone Therapeuten (VNRT)

Vereniging Rebalancing Nederland (VRN).

3 Bevalling en kraamzorg

A Bevalling in een ziekenhuis of in een door verzekeraar erkende instelling, zonder medische noodzaak

Vergoeding:

- De kosten van gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis of in een door verzekeraar erkende instelling in verband met een bevalling die plaatsvindt onder leiding van een verloskundige of huisarts tot een maximum van € 160,-, indien en voorzover deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

Voorwaarde(n):

- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

B Kraampakket

Vergoeding:

- Een door verzekeraar verstrekt kraampakket met diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling en tijdens de kraamperiode, alsmede het verrassingsdeel.

Voorwaarde(n):

- Bij bevalling van verzekerde;
- Aanvraag via de Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar (telefoon 0900 122 29 22);
- Geleverd door een door verzekeraar aangewezen leverancier;
- Aanmelding moet plaatsvinden uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap.

De verzekerde krijgt het kraampakket circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuisgestuurd.

C Communicatiemiddel voorafgaand aan bevalling

Vergoeding:

- De kosten van een oproepontvanger (semafoon), maximaal 60 dagen, maximaal € 0,40 per dag.

Voorwaarde(n):

- Aanvraagkaart voor de semafoon is bij verzekeraar verkrijgbaar.

D Kraamzorg

Vergoeding:

- Eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 160,-.

Voorwaarde(n):

- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

E Kraamzorg na adoptie

Vergoeding:

- Maximaal 12 uur kraamzorg bij gelijktijdige adoptie van een of meerdere kind(eren);
- Het verrassingsdeel van het kraampakket van verzekeraar.

Voorwaarde(n):

- Verricht door kraam- of thuiszorgorganisatie;
- Aanmelding bij de Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar;
- Geadopteerd(e) kind(eren) is/zijn niet ouder dan 3 maanden.

4 Bezoek- en verblijfskosten

A Logeerhuizen

Bezoekend gezinslid

Vergoeding:

- Maximaal € 12,- per etmaal per opgenomen gezinslid voor verblijf van een bezoekend gezinslid in een aan een ziekenhuis verbonden logeer- of gasthuis in binnen- en buitenland, gedurende maximaal 10 etmalen per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Zowel bezoeker als het opgenomen gezinslid zijn verzekerd bij verzekeraar en voor het opgenomen gezinslid is de vergoeding in de desbetreffende voorwaarden opgenomen;
- Het betreft een logeer- of gasthuis in de directe nabijheid van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt.

B Bezoek opgenomen gezinslid in Nederland

Vergoeding:

- De kosten van vervoer van de bezoeker aan een opgenomen gezinslid van € 0,22 per kilometer - vanaf het woonadres van de bezoeker naar de opgenomen verzekerde - tot een maximum van € 120,- per kalenderjaar per zorgpolis.

Voorwaarde(n):

- Het opgenomen gezinslid verblijft in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland;
- Zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid zijn verzekerd bij verzekeraar en voor het opgenomen gezinslid is de vergoeding in de voorwaarden opgenomen;
- Als er sprake is van meerdere bij verzekeraar verzekerde gezinsleden, dan geldt dat er altijd gedeclareerd moet worden ten laste van de verzekering van het opgenomen gezinslid. In alle gevallen is het maximum van de verzekering van het opgenomen gezinslid van toepassing;
- De vergoeding wordt overgemaakt aan het opgenomen gezinslid;
- De vergoeding geldt voor het aantal kilometers dat de 500 kilometer per kalenderjaar te boven gaat, op basis van een bezoek per dag;
- Het aantal kilometers wordt bepaald door middel van een door verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

5 Buitenland

A Kostenvergoeding ingeval van spoedeisende medische zorg

Vergoeding:

- De kosten van spoedeisende medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorwaarde(n):

- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
- Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS;
- Bij een ziekenhuisopname moet deze direct gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (tel +31 317 455 555).

Uitsluiting(en):

- Ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
- Reddingskosten.

B Kostenvergoeding ingeval van niet-spoedeisende medische zorg

Vergoeding:

- De kosten van medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt en tot maximaal de in Nederland geldende tarieven.

Voorwaarde(n):

- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
- Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS;
- Na voorafgaande toestemming van verzekeraar.

C Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning:

- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar en Eurocenter bij het organiseren van spoedeisende medische zorg, contacten met behandelend artsen, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten.

Voorwaarde(n):

- Hulpverlening uitsluitend door Alarmcentrale van verzekeraar of Eurocenter.

D Vervoer vanuit buitenland

Vergoeding:

- 100% van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar een instelling in Nederland.

Voorwaarde(n):

- De organisatie van het vervoer vindt plaats door de Alarmcentrale van verzekeraar;
- Behandeling ter plaatse is niet mogelijk;

- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak voor repatriëring;
- De kosten van repatriëring van een meereizend gezinslid komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de Alarmcentrale van verzekeraar het mee terugreizen noodzakelijk vindt.

E Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

- De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van verzekerde van de plaats van overlijden naar Nederland.

6 Farmaceutische zorg

Vergoeding:

- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) tot een maximum van € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Het geneesmiddel komt vanuit de hoofdverzekering voor vergoeding in aanmerking;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort;
- Voor de behandeling met het betreffende geneesmiddel is een medische indicatie;
- Met andere geneesmiddelen, waarvoor op grond van het GVS geen eigen bijdrage is verschuldigd, is geen behandeling bij verzekerde mogelijk die tot een afdoende resultaat leidt.

Uitsluiting(en):

- Verzekeraar behoudt zich het recht voor om geneesmiddelen die niet aan voornoemde voorwaarden voldoen van vergoeding uit te sluiten.

7 Fertiliteitbehandelingen

A In-vitrofertilisatiebehandeling (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) behandeling

Vergoeding:

- De kosten van de eerste IVF- of ICSI-behandeling, met een eigen bijdrage van € 365,-;
- De kosten van de bij deze eerste behandeling behorende medicijnen en hormoonpreparaten (exclusief eventuele GVS bijbetalingen).

Voorwaarde(n):

- Voorafgaand aan een eerste IVF/ICSI-behandeling dienen, indien op medische gronden mogelijk, I.U.I. of O.I. behandelingen te hebben plaatsgevonden;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- De behandeling wordt verricht door een vergunninghoudend ziekenhuis, waarmee verzekeraar voor deze behandeling een overeenkomst heeft gesloten;
- Er is een medische indicatie;
- Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Als, na voorafgaande fertiliteitbehandelingen en drie IVF/ICSI-behandelingen, geen zwangerschap tot stand is gekomen, worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed;
- Behandeling van infertiliteit die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie).

B Medicatie fertiliteitbehandelingen

Vergoeding:

- De kosten van de medicijnen, waaronder hormoonpreparaten (exclusief eventuele GVS bijbetalingen).

Voorwaarde(n):

- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Er is een medische indicatie;
- Vergoeding van medicijnen vindt plaats gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden, eenmalig per bewezen zwangerschap;
- Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Als, na voorafgaande fertiliteitbehandelingen en drie IVF/ICSI-behande-

lingen, geen zwangerschap tot stand is gekomen, worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed;

- Behandeling van infertiliteit die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie).

8 Fysio- en oefentherapie Cesar en/of Mensendieck

A De kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Vergoeding:

- Voor vergoeding komen in aanmerking 100% van de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts, tenzij de fysiotherapeut is opgenomen in de Lijst Direct toegankelijke Fysiotherapeuten. Deze lijst is te raadplegen via de website van de verzekeraar;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut waarmee verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen zorgverlener en verzekeraar.

Of

B De kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar niet gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Vergoeding:

- Voor vergoeding komt in aanmerking maximaal € 250,- van de gezamenlijke kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.

De vergoeding voor fysiotherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie/Huidtherapie. Het overzicht is te raadplegen via de website van de verzekeraar.

De vergoeding voor oefentherapie Cesar/Mensendieck vindt plaats conform de wettelijk vastgestelde tarieven.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts;
- De nota van de eerste behandeling van een bepaalde indicatie dient vergezeld te gaan van de desbetreffende verwijzing;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering.

Uitsluiting(en):

- Individuele of groepsbehandelingen die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen (medische fitness);
- Hydrotherapie;
- Werkhervattings/arbeidsreintegratie trajecten;
- Behandelingen gericht op preventie.

9 Gezondheids cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar;
- Voor vergoeding komen in aanmerking:
 - Cursussen georganiseerd door Thuiszorg, GGD, DGD, CGGZ;
 - Cursussen georganiseerd door een patiëntenvereniging;
 - EHBO-cursussen waarvan examens en diploma's door het Oranje Kruis zijn gecertificeerd.

Voorwaarde(n):

- De cursus is gericht op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op verzorging van anderen;
- Vergoeding van de EHBO-cursus vindt plaats na indiening van een kopie van het diploma.

Uitsluiting(en):

- Zwangerschapsyoga;
- Zwangerschapsgymnastiek;
- Zwangerschapscursus;
- Babymassage.

10 Handicap, vakantie en begeleiding

Vergoeding:

- Gebruik maken van de diensten van IHD-Zorg (Internationale Hulp Diensten) in het buitenland. IHD kan in een aantal regio's in het buitenland van dienst zijn bij het regelen van ADL-assistentie, hulpmiddelen, aangepast vervoer en aangepaste accommodatie.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is gehandicapt en:
 - Voor dagelijkse verzorging aangewezen op thuiszorg door een thuiszorginstelling;
 - Ontvangt een persoonsgebonden budget via het Zorgkantoor;
- Een aanvraag hebben van huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

11 Herstellingsoorden (niet-AWBZ erkend)

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- per dag per verzekerde voor verblijf in een herstellingsoord in Nederland, tot maximaal € 1.250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift huisarts of medisch specialist;
- Het herstellingsoord voldoet aan kwaliteitscriteria die verzekeraar vaststelt;
- Goedgekeurd door de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid.

12 Huidtherapieën

A Acnetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 185,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huidtherapeut;
- Er is sprake van een ernstige vorm van acné in het gelaat en/of hals.

B Camouflagetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidspecialist;
- Er is sprake van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of hals.

C Camouflagemiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Geleverd door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidspecialist.

D Epilatie

Vergoeding:

- Maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar voor de behandeling door middel van elektrische epilatie of laser of vergelijkbare behandelingen.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van abnormale haargroei in het gelaat en/of hals;
- Verricht door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidspecialist.

E Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Bij instelling/aanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

F UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- 50% van de kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt minstens 2 jaar aan een ernstige vorm van psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis en bij vitiligo wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Bij instelling/aanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

13 Hulpmiddelen

A Bewakingsmonitor voor baby's in verband met wiegendoodrisico

Vergoeding:

- Verstrekking in bruikleen.

Voorwaarde(n):

- Medische noodzaak;
- Op aanvraag huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft.

B Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- per verzekerde per 2 kalenderjaren, maximaal € 25,- per glas/lens.

Uitsluiting(en):

- Zonnebrillen, gekleurde glazen/lenzen, montuur.

C Hoortoestellen

Vergoeding:

- Het verschil tussen de aanschafprijs van een hoortoestel en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 200,- per hoortoestel.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor een hoortoestel;
- Verzekerde dient een originele nota en audiogram te overleggen;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

Uitsluiting(en):

- De kosten van de afstandsbediening, batterijen, onderhoudscontract en schoonmaaksetjes.

D Orthopedisch schoeisel

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- van de eigen bijdrage per paar op grond van de Regeling zorgverzekering.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor orthopedisch schoeisel;
- Verzekerde dient een originele nota, alsmede een toelichting van de behandelend specialist te overleggen;
- De leverancier is SEMH-gecertificeerd;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

E Plaswekker

Vergoeding:

- Verstrekking in eigendom.

Voorwaarde(n):

- Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een contract heeft.

F Pruik

Vergoeding:

- Het verschil tussen de aanschafprijs van een pruik en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 200,- per pruik.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor een pruik;

- Verzekerde dient een originele nota, alsmede een toelichting van de behandelend specialist te overleggen;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

G Softbraces

Vergoeding:

- De aanschaffkosten tot een maximum van € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- De leverancier is SEMH-gecertificeerd.

H Orthopedische steunzolen

Vergoeding:

- De kosten van maximaal twee zolen tot een maximum van € 50,- per verzekerde, maximaal eenmaal per 2 kalenderjaren. Kinderen tot 16 jaar maximaal eenmaal per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- De leverancier is SEMH-gecertificeerd of aangesloten als Register-podoloog B bij de Stichting LOOP.

I Steunpessarium

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Geleverd door de apotheek of apotheekhoudend huisarts.

14 Kinderopvang

Vergoeding:

- Tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 15,- per dag vanaf de 11^e dag van de ziekenhuisopname van de verzorgende ouder.

Voorwaarde(n):

- Een of meerdere kinderen binnen het gezin zijn jonger dan 12 jaar;
- Zowel de verzorgende ouder als de kinderen zijn bij verzekeraar verzekerd;
- Vergoeding geldt voor maximaal 3 maanden per kalenderjaar;
- Aanvragen vinden plaats via verzekeraar;
- Kinderopvang wordt geregeld door een door verzekeraar erkende instelling.

Uitsluiting(en):

- Ziekenhuisopname wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ.

15 Kuurreizen

A Individuele kuurreizen

Vergoeding:

- Maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar voor vervoer, verblijf en behandeling in verband met een individuele kuurreis.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde lijdt aan chronische reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica;
- Aanvraag door huisarts of medisch specialist;
- Verblijf in kuuroord is tenminste 3 weken aaneengesloten;
- De behandeling in het kuuroord bestaat uit tenminste 4 balneokuren (applicaties/behandelingen) per dag, gedurende 5 kuurdagen per week;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

B Groepskuurreizen

Vergoeding:

- Maximaal € 1.250,- per verzekerde per kalenderjaar voor vervoer, verblijf en behandeling voor een groepskuurreis van tenminste 3 weken, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde lijdt aan chronische reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica;
- Aanvraag door huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

C Groepskuurreis-psoriasis

Vergoeding:

- De kosten van vervoer, verblijf en behandeling in verband met een door verzekeraar georganiseerde groepskuurreis tot een maximum van € 2.150,- per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde lijdt aan psoriasis;
- Aanvraag door huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

16 Overgangsconsulente

Vergoeding:

- De kosten voor consulten tot een maximum van € 75,- voor de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- De consulente is aangesloten bij de koepelorganisatie Care for Women.

17 Patiëntenverenigingen

A Lidmaatschappen

Vergoeding:

- Maximaal € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

B Therapieën

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De therapie is georganiseerd door patiëntenvereniging.

Uitsluiting(en):

- Sportactiviteiten.

18 Podotherapie

Vergoeding:

- De kosten van consulten en behandelingen door een podotherapeut in het kader van podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie, in totaal tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Verricht door een podotherapeut aangesloten bij de NVvP.

Uitsluiting(en):

- Behandelingen die verricht kunnen worden door een pedicure.

19 Preventie

A Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- De kosten van medisch noodzakelijke vaccinaties tegen tropische infectieziekten en preventieve geneesmiddelen tegen malaria (malaria-profylaxe), in totaal tot een maximum van € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Honorarium van de arts die tot vaccinatie overgaat, wordt alleen vergoed als het een (huis)arts betreft die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en ingeval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

B Griepvaccinatie voor niet-risicogroepen

Vergoeding:

- De kosten van het griepvaccin.

Voorwaarde(n):

- Het vaccin wordt toegediend door een huisarts of medisch specialist.

Uitsluiting(en):

- Het honorarium van de toedienend arts.

20 Psychologische zorg

Vergoeding:

- De kosten tot een maximum van € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door de huisarts of medisch specialist;
- Er is sprake van kortdurende individuele psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns psycholoog;
- Bij psycho-oncologische zorg vindt vergoeding uitsluitend plaats als de zorg wordt verleend door een door verzekeraar erkend therapiecentrum;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de AWBZ.

Uitsluiting(en):

- Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

21 Second opinion

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Het betreft het eenmalig raadplegen van een andere medisch specialist, binnen Nederland, dan de behandelend medisch specialist die een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

22 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- De kosten van consulten en behandelingen bij sportblessures, tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Consulten en onderzoeken worden uitgevoerd door een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum of een Sport Medische Instelling, erkend door de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding en keuringen.

23 Sterilisatie

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door de huisarts;
- Verricht door een medisch specialist.

Uitsluiting(en):

- Hersteloperatie(s).

24 Stottertherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar voor stottertherapieën.

Voorwaarde(n):

- Aangeboden door instituten die door verzekeraar erkend zijn zoals: Del Ferro te Amsterdam, Instituut Natuurlijk Spreken en de Boma methode zoals die wordt gehanteerd in instituut 'De Pauw'.

25 Vakantiereizen Rode Kruis of Zonnebloem

Vergoeding:

- Eenmaal per kalenderjaar 100% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 500,- voor een meerdaagse vakantiereis.

Voorwaarde(n):

- De vakantiereizen zijn georganiseerd door het Rode Kruis of de Nationale Vereniging de Zonnebloem.

Uitsluiting(en):

- Eendaagse reizen;
- De kosten voor een meereizend gezinslid;
- Kosten van vervoer van woonadres naar beginpunt van de vakantiereis en van eindpunt van de vakantiereis naar woonadres.

26 Vervangende mantelzorg tijdens vakantie

Vergoeding:

- Maximaal € 125,- per dag, tot een maximum van 15 dagen per kalenderjaar. Uitkering vindt plaats rechtstreeks aan de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten.

Voorwaarde(n):

- De vervangende mantelzorg wordt aangevraagd en georganiseerd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten;
- Tijdens de vakantie van een verzekerde die een thuiswonende gehandicapte (mede)verzekerde verzorgt dan wel verpleegt;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

N.B.: De Stichting is bereikbaar via telefoonnummer (030) 659 09 70.

27 Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)

Vergoeding:

- 100% tot een maximum van € 50,- per kalenderjaar, voor de volgende anticonceptiva:

- Anticonceptiepil;
- Hormoonhoudende vaginale ring;
- Anticonceptie per injectie;
- Anticonceptie per implantatie;
- Koperhoudend spiraaltje;
- Pessarium.

- 100% vergoeding voor een hormoonhoudend spiraaltje.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde is 21 jaar of ouder;
- Op grond van de hoofdverzekering bestaat geen aanspraak op een vergoeding voor anticonceptiva;
- Eerste verstrekking op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Kosten voor het verkrijgen van herhaalrecepten bij de arts.

AANVULLENDE VERZEKERING CONFIOZ ZORGETRA 3

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringvoorwaarden, waarvan de Aanvullende verzekering ZorgExtra 3 een onderdeel vormt, heeft verzekerde – indien en voorzover op de zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd – recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Alternatieve geneesmiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een zorgverlener die lid is van onder lid 2 genoemde verenigingen en die tevens bevoegd arts is; De geneesmiddelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten (zie lijst op www.cbg-meb.nl) of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-Index G-Standaard;
- Antroposofische geneesmiddelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking mits voorgeschreven door een antroposofisch arts;
- De geneesmiddelen zijn afgeleverd door een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- De geneesmiddelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

Uitsluiting(en):

- Drinkampullen, alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, (orthomoleculaire) vitamines, (orthomoleculaire) voedingssupplementen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding:

- De kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De zorgverlener is als praktiserend lid aangesloten bij een van volgende beroepsverenigingen, waarbij aangetekend wordt dat wanneer de

Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, gedurende het kalenderjaar, van mening is dat er sprake is van ontoelaatbare praktijken, de betrokken beroepsvereniging van de lijst kan worden afgevoerd:

- Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000)
- Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
- Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Verpleegkunde (NVAV)
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM)
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN), sectie therapeuten/Onder de Groene Pannen
- Vereniging Van Haptotherapeuten (VWH)
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP)
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)
- Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA)
- Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT)
- Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)/Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)
- Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie (NVDA)
- Nederlandse Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)
- Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS)
- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.)
- Vereniging Additieve Genezers (VAG)
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG)
- Nederlandse Vereniging ter Bevordering van de Antroposofische Psychotherapie (NVAP)
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG)
- Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT)
- Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC)
- Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA)
- Stichting LOOP
- Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT)
- Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN)
- Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)
- Nederlandse Vereniging van Reflexzone Therapeuten (VNRT)
- Vereniging Rebalancing Nederland (VRN).

3 Bevalling en kraamzorg

A Bevalling in een ziekenhuis of in een door verzekeraar erkende instelling, zonder medische noodzaak

Vergoeding:

- De kosten van gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis of in een door verzekeraar erkende instelling in verband met een bevalling die plaatsvindt onder leiding van een verloskundige of huisarts, indien en voorzover deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

Voorwaarde(n):

- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

B Kraampakket

Vergoeding:

- Een door verzekeraar verstrekt kraampakket met diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling en tijdens de kraamperiode, alsmede het verassingsdeel.

Voorwaarde(n):

- Bij bevalling van verzekerde;

- Aanvraag via Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar (telefoon 0900 122 29 22);
 - Geleverd door een door verzekeraar aangewezen leverancier;
 - Aanmelding moet plaatsvinden uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap.
- De verzekerde krijgt het kraampakket circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuisgestuurd.
- C Communicatiemiddel voorafgaand aan bevalling**
Vergoeding:
- De kosten van een oproepontvanger (semafoon), maximaal 60 dagen, maximaal € 0,40 per dag.
- Voorwaarde(n):*
- Aanvraagkaart voor de semafoon is bij verzekeraar verkrijgbaar.
- D Bevalling van een meerling**
Vergoeding:
- Uitkering ineens van € 230,-.
- Voorwaarde(n):*
- Inschrijving van de kinderen bij verzekeraar.
- E Kraamzorg**
Vergoeding:
- Eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is op grond van de Regeling zorgverzekering.
- Voorwaarde(n):*
- De hoofdzekeringspolis is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.
- F Kraamzorg na adoptie**
Vergoeding:
- Maximaal 16 uur kraamzorg bij gelijktijdige adoptie van een of meerdere kind(eren);
 - Het verrassingsdeel van het Kraampakket van verzekeraar.
- Voorwaarde(n):*
- Verricht door kraam- of thuiszorgorganisatie;
 - Aanmelding bij de Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar;
 - Geadopteerd(e) kind(eren) is/zijn niet ouder dan 8 maanden.
- G Kraamzorg na couveuseopname**
Vergoeding:
- Maximaal 16 uur kraamzorg.
- Voorwaarde(n):*
- Indien geen recht meer bestaat op kraamzorg krachtens een andere verzekering of voorziening;
 - Verricht door kraam- of thuiszorgorganisatie;
 - Aanmelding bij de Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar;
 - Binnen 3 maanden na de bevalling.
- 4 Bezoek- en verblijfskosten**
- A Logeerhuizen**
- 1 Verblijf in logeerkamer**
Vergoeding:
- Maximaal € 35,- per etmaal voor verblijf in een logeer- of gasthuis in binnen- en buitenland, gedurende maximaal 10 etmalen per kalenderjaar.
- Voorwaarde(n):*
- Het verblijf gaat direct vooraf aan of volgt direct op een ziekenhuisopname of poliklinische behandeling;
 - Het betreft een logeer- of gasthuis in de directe nabijheid van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt.
- 2 Bezoekend gezinslid**
Vergoeding:
- Maximaal € 15,- per etmaal per opgenomen gezinslid voor verblijf van een bezoekend gezinslid in een aan een ziekenhuis verbonden logeer- of gasthuis in binnen- en buitenland, gedurende maximaal 10 etmalen per kalenderjaar.
- Voorwaarde(n):*
- Zowel bezoeker als het opgenomen gezinslid zijn verzekerd bij verzekeraar en voor het opgenomen gezinslid is de vergoeding in de desbetreffende voorwaarden opgenomen;
 - Het betreft een logeer- of gasthuis in de directe nabijheid van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt.
- B Bezoek opgenomen gezinslid in Nederland**
Vergoeding:
- De kosten van vervoer van de bezoeker aan een opgenomen gezinslid van € 0,22 per kilometer - vanaf het woonadres van de bezoeker naar de opgenomen verzekerde - tot een maximum van € 230,- per kalenderjaar per polis.
- Voorwaarde(n):*
- Het opgenomen gezinslid verblijft in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland;
 - Zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid zijn verzekerd bij verzekeraar en voor het opgenomen gezinslid is de vergoeding in de voorwaarden opgenomen;
 - Als er sprake is van meerdere bij verzekeraar verzekerde gezinsleden, dan geldt dat er altijd gedeclareerd moet worden ten laste van de verzekering van het opgenomen gezinslid. In alle gevallen is het maximum van de verzekering van het opgenomen gezinslid van toepassing;
 - De vergoeding wordt overgemaakt aan het opgenomen gezinslid;
 - De vergoeding geldt voor het aantal kilometers dat de 500 kilometer per kalenderjaar te boven gaat, op basis van een bezoek per dag;
 - Het aantal kilometers wordt bepaald door middel van een door verzekeraar gehanteerde afstandstabel.
- 5 Buitenland**
- A Kostenvergoeding ingeval van spoedeisende medische zorg**
Vergoeding:
- De kosten van spoedeisende medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.
- Voorwaarde(n):*
- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
 - Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS;
 - Bij een ziekenhuisopname moet deze direct gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (tel +31 317 455 555).
- Uitsluiting(en):*
- Ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
 - Reddingskosten.
- B Kostenvergoeding ingeval van niet-spoedeisende medische zorg**
Vergoeding:
- De kosten van medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt en tot maximaal de in Nederland geldende tarieven.
- Voorwaarde(n):*
- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
 - Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS;
 - Na voorafgaande toestemming van verzekeraar.
- C Hulpverlening in het buitenland**
Service en ondersteuning:
- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar en Eurocenter bij het organiseren van spoedeisende medische zorg, contacten met behandelend artsen, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten.
- Voorwaarde(n):*
- Hulpverlening uitsluitend door de Alarmcentrale van verzekeraar of Eurocenter.
- D Vervoer vanuit buitenland**
Vergoeding:
- 100% van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar een instelling in Nederland.

Voorwaarde(n):

- De organisatie van het vervoer vindt plaats door de Alarmcentrale van verzekeraar;
- Behandeling ter plaatse is niet mogelijk;
- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak voor repatriëring;
- De kosten van repatriëring van een meereizend gezinslid komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de Alarmcentrale van verzekeraar het mee terugreizen noodzakelijk vindt.

E Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

- De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van verzekerde van de plaats van overlijden naar Nederland.

6 Farmaceutische zorg

Vergoeding:

- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) tot een maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Het geneesmiddel komt vanuit de hoofdverzekering voor vergoeding in aanmerking;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort;
- Voor de behandeling met het betreffende geneesmiddel is een medische indicatie;
- Met andere geneesmiddelen, waarvoor op grond van het GVS geen eigen bijdrage is verschuldigd, is geen behandeling bij verzekerde mogelijk die tot een afdoende resultaat leidt.

Uitsluiting(en):

- Verzekeraar behoudt zich het recht voor om geneesmiddelen die niet aan voornoemde voorwaarden voldoen van vergoeding uit te sluiten.

7 Fertiliteitbehandelingen

A In-vitrofertilisatiebehandeling (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) behandeling

Vergoeding:

- De kosten van de eerste IVF- of ICSI-behandeling, met een eigen bijdrage van € 365,-;
- De kosten van de bij deze eerste behandeling behorende medicijnen en hormoonpreparaten (exclusief eventuele GVS bijbetalingen).

Voorwaarde(n):

- Voorafgaand aan een eerste IVF/ICSI-behandeling dienen, indien op medische gronden mogelijk, I.U.I. of O.I. behandelingen te hebben plaatsgevonden;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- De behandeling wordt verricht door een vergunninghoudend ziekenhuis, waarmee verzekeraar voor deze behandeling een overeenkomst heeft gesloten;
- Er is een medische indicatie;
- Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Als, na voorafgaande fertiliteitbehandelingen en drie IVF/ICSI-behandelingen, geen zwangerschap tot stand is gekomen, worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed;
- Behandeling van infertiliteit die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie).

B Medicatie fertiliteitbehandelingen

Vergoeding:

- De kosten van de medicijnen, waaronder hormoonpreparaten (exclusief eventuele GVS bijbetalingen).

Voorwaarde(n):

- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Er is een medische indicatie;
- Vergoeding van medicijnen vindt plaats gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden, eenmalig per bewezen zwangerschap;

- Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Is, na voorafgaande fertiliteitbehandelingen en drie IVF/ICSI-behandelingen, geen zwangerschap tot stand is gekomen, worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed;
- Behandeling van infertiliteit die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie).

8 Fysio- en oefentherapie Cesar en/of Mensendieck

A De kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Vergoeding:

- Voor vergoeding komen in aanmerking 100% van de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts, tenzij de fysiotherapeut is opgenomen in de Lijst Direct toegankelijke Fysiotherapeuten. Deze lijst is te raadplegen via de website van de verzekeraar;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut waarmee verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen zorgverlener en verzekeraar.

Of

B De kosten van medisch noodzakelijke behandelingen van een door verzekeraar niet gecontracteerde (verbijzonderde) fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Vergoeding:

- Voor vergoeding komt in aanmerking maximaal € 400,- van de gezamenlijke kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.
- De vergoeding voor fysiotherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie/Huidtherapie. Het overzicht is te raadplegen via de website van de verzekeraar.
- De vergoeding voor oefentherapie Cesar/Mensendieck vindt plaats conform de wettelijk vastgestelde tarieven.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts;
- De nota van de eerste behandeling van een bepaalde indicatie dient verzorgd te gaan van de desbetreffende verwijzing;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering.

Uitsluiting(en):

- Individuele of groepsbehandelingen die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen (medische fitness);
- Hydrotherapie;
- Werkhervattings/arbeidsreintegratie trajecten;
- Behandelingen gericht op preventie.

9 Gezondheids cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar;
- Voor vergoeding komen in aanmerking:
 - Cursussen georganiseerd door Thuiszorg, GGD, DGD, CGGZ;
 - Cursussen georganiseerd door een patiëntenvereniging;
 - EHBO-cursussen waarvan examens en diploma's door het Oranje Kruis zijn gecertificeerd.

Voorwaarde(n):

- De cursus is gericht op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op verzorging van anderen;
- Vergoeding van de EHBO-cursus vindt plaats na indiening van een kopie van het diploma.

Uitsluiting(en):

- Zwangerschapsyoga;

- Zwangerschapsgymnastiek;
- Zwangerschapscursus;
- Babymassage.

10 Handicap, vakantie en begeleiding

Vergoeding:

- Gebruik maken van de diensten van IHD-Zorg (Internationale Hulp Diensten) in het buitenland. IHD kan in een aantal regio's in het buitenland van dienst zijn bij het regelen van ADL-assistentie, hulpmiddelen, aangepast vervoer en aangepaste accommodatie.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is gehandicapt en:
 - Voor dagelijkse verzorging aangewezen op thuiszorg door een thuiszorginstelling;
 - ontvangt een persoonsgebonden budget via het Zorgkantoor;
- Een aanvraag hebben van huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

11 Herstellingsoorden (niet-AWBZ erkend)

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- per dag per verzekerde voor verblijf in een herstellingsoord in Nederland, tot maximaal € 2.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift huisarts of medisch specialist;
- Het herstellingsoord voldoet aan kwaliteitscriteria die verzekeraar vaststelt;
- Goedgekeurd door de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid.

12 Huidtherapieën

A Acnetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 185,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huidtherapeut;
- Er is sprake van een ernstige vorm van acnè in het gelaat en/of hals.

B Camouflagetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist;
- Er is sprake van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of hals.

C Camouflagemiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Geleverd door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist.

D Epilatie

Vergoeding:

- Maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar voor de behandeling door middel van elektrische epilatie of laser of vergelijkbare behandelingsen.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van abnormale haargroei in het gelaat en/of hals;
- Verricht door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist.

E Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 40 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- Verwijzing door huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Bij instelling/aanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

F UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- 50% van de kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt minstens 2 jaar aan een ernstige vorm van psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis en bij vitiligo wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Bij instelling/aanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

13 Hulpmiddelen

A Alarmeringsapparatuur op sociale indicatie

Vergoeding:

- Een tegemoetkoming in de huurkosten van personalalarmeringsapparatuur van € 5,- per maand.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen;
- Verzekerde kan geen aanspraak maken op personalalarmering vanuit de hoofdverzekering of andere wettelijke regelingen;
- Verzekerde verblijft thuis en loopt op basis van een medische indicatie en/of sociale indicatie een verhoogd risico om in een noodsituatie terecht te komen, zonder dat er medische dan wel technische hulp van buitenaf ingeroepen kan worden;
- Verzoek wordt door verzekerde bij verzekeraar ingediend vergezeld van toelichting van behandelend arts/specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar is vereist.

Uitsluiting(en):

- Apparatuur die behoort tot de standaardvoorziening van de woning en onderdeel uitmaakt van de service en/of huurovereenkomst van de woning.

B Bewakingsmonitor voor baby's in verband met wiegendoodrisico

Vergoeding:

- Verstrekking in bruikleen.

Voorwaarde(n):

- Medische noodzaak;
- Op aanvraag huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft.

C Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding:

- Maximaal € 100,- per verzekerde per 2 kalenderjaren, maximaal € 50,- per glas/lens.

Uitsluiting(en):

- Zonnebrillen, gekleurde glazen/lenzen, montuur.

D Hoortoestellen

Vergoeding:

- het verschil tussen de aanschafprijs van een hoortoestel en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 300,- per hoortoestel.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor een hoortoestel;
- Verzekerde dient een originele nota en audiogram te overleggen;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

Uitsluiting(en):

- De kosten van de afstandsbediening, batterijen, onderhoudscontract en schoonmaaksetjes.

E Orthopedisch schoeisel

Vergoeding:

- Maximaal € 75,- van de eigen bijdrage per paar op grond van de Regeling zorgverzekering.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor orthopedisch schoeisel;

- Verzekerde dient een originele nota, alsmede een toelichting van de behandelend specialist te overleggen;
 - De leverancier is SEMH-gecertificeerd;
 - De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.
- F Plaswekker**
Vergoeding:
 - Verstrekking in eigendom.
Voorwaarde(n):
 - Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige;
 - Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft.
- G Pruik**
Vergoeding:
 - Het verschil tussen de aanschafprijs van een pruik en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 300,- per pruik.
Voorwaarde(n):
 - Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor een pruik;
 - Verzekerde dient een originele nota, alsmede een toelichting van de behandelend specialist te overleggen;
 - De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.
- H Softbraces**
Vergoeding:
 - De aanschafkosten tot een maximum van € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.
Voorwaarde(n):
 - Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
 - De leverancier is SEMH-gecertificeerd.
- I Orthopedische steunzolen**
Vergoeding:
 - De kosten van maximaal twee zolen tot een maximum van € 100,- per verzekerde, maximaal eenmaal per 2 kalenderjaren. Kinderen tot 16 jaar maximaal eenmaal per kalenderjaar.
Voorwaarde(n):
 - Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
 - De leverancier is SEMH-gecertificeerd of aangesloten als Register-podoloog B bij de Stichting LOOP.
- J Steunpessarium**
Vergoeding:
 - 100%.
Voorwaarde(n):
 - Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
 - Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
 - Geleverd door de apotheek of apotheekhoudend huisarts.
- 14 Kinderopvang**
Vergoeding:
 - Tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang van € 15,- per dag vanaf de 11^e dag van de ziekenhuisopname van de verzorgende ouder.
Voorwaarde(n):
 - Een of meerdere kinderen binnen het gezin zijn jonger dan 12 jaar;
 - Zowel de verzorgende ouder als de kinderen zijn bij verzekeraar verzekerd;
 - Vergoeding geldt voor maximaal 3 maanden per kalenderjaar;
 - Aanvragen vinden plaats via verzekeraar;
 - Kinderopvang wordt geregeld door een door verzekeraar erkende instelling.
Uitsluiting(en):
 - Ziekenhuisopname wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ.

15 Kuurreizen

A Individuele kuurreizen

Vergoeding:

- Maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar voor vervoer, verblijf en behandeling in verband met een individuele kuurreis.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde lijdt aan chronische reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica;
- Aanvraag door huisarts of medisch specialist;
- Verblijf in kuuroord is tenminste 3 weken aaneengesloten;
- De behandeling in het kuuroord bestaat uit tenminste 4 balneokuren (applicaties/behandelingen) per dag, gedurende 5 kuurdagen per week;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

B Groepskuurreizen

Vergoeding:

- Maximaal € 1.250,- per verzekerde per kalenderjaar voor vervoer, verblijf en behandeling voor een groepskuurreis van tenminste 3 weken, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde lijdt aan chronische reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica;
- Aanvraag door huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

C Groepskuurreis-psoriasis

Vergoeding:

- De kosten van vervoer, verblijf en behandeling in verband met een door verzekeraar georganiseerde groepskuurreis tot een maximum van € 2.150,- per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde lijdt aan psoriasis;
- Aanvraag door huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

16 Overgangsconsulente

Vergoeding:

- De kosten voor consulten tot een maximum van € 100,- voor de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- De consulente is aangesloten bij de koepelorganisatie Care for Women.

17 Patiëntenverenigingen

A Lidmaatschappen

Vergoeding:

- Maximaal € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

B Therapieën

Vergoeding:

- Maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De therapie is georganiseerd door patiëntenvereniging.

Uitsluiting(en):

- Sportactiviteiten.

18 Podotherapie

Vergoeding:

- De kosten van consulten en behandelingen door een podotherapeut in het kader van podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie, in totaal tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Verricht door een podotherapeut aangesloten bij de NVvP.

Uitsluiting(en):

- Behandelingen die verricht kunnen worden door een pedicure.

19 Preventie

A Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- De kosten van medisch noodzakelijke vaccinaties tegen tropische infectieziekten en preventieve geneesmiddelen tegen malaria (malaria-profylaxe), in totaal tot een maximum van € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Honorarium van de arts die tot vaccinatie overgaat, wordt alleen vergoed als het een (huis)arts betreft die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en in geval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

B Griepvaccinatie voor niet-risicogroepen

Vergoeding:

- De kosten van het griepvaccin.

Voorwaarde(n):

- Het vaccin wordt toegediend door een huisarts of medisch specialist.

Uitsluiting(en):

- Het honorarium van de toedienend arts.

C Vaccinatie Hepatitis-B

Vergoeding:

- De kosten van vaccinatie tegen Hepatitis-B.

Voorwaarde(n):

- Vaccin wordt toegediend door een huisarts of medisch specialist.

Uitsluiting(en):

- Vaccinatie tegen Hepatitis-B die nodig is voor beroep of opleiding.

D Algemene Check-up

Vergoeding:

- De kosten van een algemene check-up, eenmaal per 3 kalenderjaren, tot een maximum van € 70,-. Boven dit bedrag worden de kosten vergoed voor de noodzakelijke hartfilm, een longfoto en laboratoriumonderzoek.

Voorwaarde(n):

- Voor verzekerden van 40 jaar en ouder;
- Het onderzoek wordt uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist.

20 Psychologische zorg

Vergoeding:

- De kosten tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door de huisarts of medisch specialist;
- Er is sprake van kortdurende individuele psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns psycholoog;
- Bij psycho-oncologische zorg vindt vergoeding uitsluitend plaats als de zorg wordt verleend door een door verzekeraar erkend therapiecentrum;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens AWBZ.

Uitsluiting(en):

- Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

21 Psychotherapie

Vergoeding:

- 100% van de eigen bijdrage psychotherapeutische zorg op grond van de AWBZ, voor zover deze eigen bijdrage een bedrag van € 185,- per verzekerde per kalenderjaar te boven gaat.

Voorwaarde(n):

- De zorg wordt verleend door een vrijgevestigd psychiater die een overeenkomst heeft gesloten met het Zorgkantoor AWBZ);

of

- De zorg wordt verleend door een erkend ziekenhuis of Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ);
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

22 Second opinion

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Het betreft het eenmalig raadplegen van een andere medisch specialist,

binnen Nederland, dan de behandelend medisch specialist een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

23 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- De kosten van consulten en behandelingen bij sportblessures, tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Consulten en onderzoeken worden uitgevoerd door een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum of een Sport Medische Instelling, erkend door de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding en keuringen.

24 Sterilisatie

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door de huisarts;
- Verricht door een medisch specialist.

Uitsluiting(en):

- Hersteloperatie(s).

25 Stottertherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 700,- per verzekerde per kalenderjaar voor stottertherapieën.

Voorwaarde(n):

- Aanbieden door instituten die door verzekeraar erkend zijn zoals: Del Ferro te Amsterdam, Instituut Natuurlijk Spreken en de Boma methode zoals die wordt gehanteerd in instituut 'De Pauw'.

26 Vakantiereizen Rode Kruis of Zonnebloem

Vergoeding:

- Eenmaal per kalenderjaar 100% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 500,- voor een meerdaagse vakantiereis.

Voorwaarde(n):

- De vakantiereizen zijn georganiseerd door het Rode Kruis of de Nationale Vereniging de Zonnebloem.

Uitsluiting(en):

- Eendaagse reizen;
- De kosten voor een meereizend gezinslid;
- Kosten van vervoer van woonadres naar beginpunt van de vakantiereis en van eindpunt van de vakantiereis naar woonadres.

27 Vervangende mantelzorg tijdens vakantie

Vergoeding:

- Maximaal € 125,- per dag, tot een maximum van 15 dagen per kalenderjaar. Uitkering vindt plaats rechtstreeks aan de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten.

Voorwaarde(n):

- De vervangende mantelzorg wordt aangevraagd en georganiseerd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten;
- Tijdens de vakantie van een verzekerde die een thuiswonende gehandicapte (mede)verzekerde verzorgt dan wel verpleegt;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

N.B.: De Stichting is bereikbaar via telefoonnummer (030) 659 09 70.

28 Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)

Vergoeding:

- 100% tot een maximum van € 50,- per kalenderjaar, voor de volgende anticonceptiva:

- Anticonceptiepil;
- Hormoonhoudende vaginale ring;
- Anticonceptie per injectie;
- Anticonceptie per implantatie;
- Koperhoudend spiraaltje;
- Pessarium.

- 100% vergoeding voor een hormoonhoudend spiraaltje.

Voorwaarde(n):

- De verzekerde is 21 jaar of ouder;
- Op grond van de hoofdverzekering bestaat geen aanspraak op een vergoeding voor anticonceptiva;
- Eerste verstrekking op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Kosten voor het verkrijgen van herhaalrecepten bij de arts.

29 Zorgprogramma's voor speciale patiëntengroepen

Vergoeding:

- 100% met een maximum van € 350,- per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Het (revalidatie)programma is medisch noodzakelijk, gezondheidsbevorderend en/of gericht op herstel;
- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar is vereist;
- Zorg wordt geleverd door een hiertoe door verzekeraar gecontracteerde instelling/aanbieder;
- Vergoeding is niet mogelijk vanuit de hoofdverzekering.

Uitsluiting(en):

- Werkhervattingsprogramma's bij arbeidsgerelateerde aandoeningen.

AANVULLENDE TANDARTSVZERKERING CONFIOR TANDZORGEXTRA

Aanvullende Algemene Verzekeringsvoorwaarden voor alle versies van de Confior TandZorgExtra

Naast de Algemene Verzekeringsvoorwaarden zijn de volgende Aanvullende Algemene Verzekeringsvoorwaarden van toepassing op alle Aanvullende Tandartsverzekeringen :

- 1 Verzekerden kunnen alleen aanspraak maken op vergoeding van de kosten als zij zich tenminste eenmaal per kalenderjaar voor controle tot de tandarts hebben gewend.
- 2 Verzekerde heeft recht op de verzekerde prestaties indien en voor zover hier toe een medische noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist.
- 3 Tenzij anders is vermeld, sluiten de omschrijvingen aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen. De procentuele vergoeding is gebaseerd op de officieel goedgekeurde CTG-tarieven, dan wel op de in de individuele overeenkomsten vastgestelde tarieven.
- 4 Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigd mondhygiënist volgens de van toepassing zijnde Aanvullende Tandartsverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de geldende tandartstarieven. De volgende (groepen van) verrichtingen komen - na verwijzing door de tandarts - voor vergoeding in aanmerking: consulten, preventieve behandelingen, anesthesie, röntgenfoto's, vullingen en parodontale behandelingen. Tariefsafspraken hiervoer zijn ook vastgelegd in de individuele overeenkomsten.
- 5 Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde tandprotheticus volgens de van toepassing zijnde Aanvullende Tandartsverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan de met de tandprotheticus overeengekomen tarieven. De volgende (groepen van) verrichtingen komen voor vergoeding in aanmerking: de wettelijke eigen bijdragen voor de volledige en de volledige implantaatgedragen gebitsprothese, de partiële kunstthars plaatprothese en - na verwijzing door de tandarts - de partiële frameprothese.
- 6 Indien direct voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering naast de hoofdverzekering geen aanvullende verzekering voor tandartskosten van kracht was, afgesloten bij verzekeraar of diens rechtsvoorganger, geldt een wachttijd van één jaar voor de vergoedingen terzake gebitsprothesen en orthodontie.

AANVULLENDE TANDARTSVZERKERING CONFIOR TANDZORGEXTRA 1

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en de Verzekeringsvoorwaarden voor alle Aanvullende Tandartsverzekeringen, waarvan de TandZorgExtra 1 een onderdeel vormt, heeft verzekerde – indien en voorzover op de zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd – recht op de volgende verzekerde prestaties:

Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoedingen:

A Consulten			
C11	Periodiek preventief onderzoek, 1 ^e in kalenderjaar, éénmaal per kalenderjaar	75%	
C12	2 ^e en volgend periodiek preventief onderhoud, éénmaal per kalenderjaar	75%	
C13	Incidenteel consult, éénmaal per kalenderjaar	75%	

B Preventieve behandelingen			
M50	Tandsteenverwijdering gering, éénmaal per kalenderjaar of	75%	
M55	Tandsteenverwijdering normaal, éénmaal per kalenderjaar of	75%	
M59	Tandsteenverwijdering uitgebreid, éénmaal per kalenderjaar	75%	
C Anesthesie			
A10	Geleidings- en/of infiltratie- anesthesie	75%	
A15	Oppervlakte anesthesie	75%	
D Röntgenfoto's			
X10	Intraorale foto, maximaal 4 per kalenderjaar	75%	
E Vullingen			
Per kalenderjaar worden maximaal 4 vullingen per verzekerde vergoed.			
V10	Pitvulling (amalgam/composiet)	75%	
V11	1-vlaks restauratie (amalgam/composiet)	75%	
V12	2-vlaks restauratie (amalgam/composiet)	75%	
V13	3-vlaks restauratie (amalgam/composiet)	75%	
V14	Kroon van plastisch materiaal (amalgam/composiet)	75%	
V15	Directe labiale veneering	75%	
V20/21	Etsen t.b.v. composiet, al dan niet in combinatie met etsbare onderlaag (maximaal 4 per kalenderjaar)	75%	
F Wortelkanaalbehandelingen			
E01	Endodontisch consult	75%	
E02	Uitgebreid endodontisch consult	75%	
E03	Consult na dentaal trauma	75%	
E13	Eenkanalig element	75%	
E14	Tweekanalig element	75%	
E16	Driekanalig element	75%	
E17	Vier- of meerkanalig element	75%	
E45	Aanbrengen rubberdam	75%	
E77	Initiële wortelkanaalbehandeling, 1 ^e kanaal	75%	
E78	Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal	75%	
E85	Elektronische lengte bepaling	75%	
G Chirurgische behandelingen			
H10	Extractie inclusief eenvoudig wondtoilet	75%	
H15	Volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	75%	
H20	Hechten, per alveole	75%	
H21	Kosten hechtmateriaal	75%	
H25	Uitgebreid wondtoilet	75%	
H30	Gecomplieerde extractie zonder mucoperiostale opklap	75%	
H35	Gecomplieerde extractie met mucoperiostale opklap	75%	
H Prothetische voorzieningen			
Verzekerde kan aanspraak maken op maximaal 3 prothesen, waarbij tussen het aanmeten van de 2 ^e en 3 ^e prothese tenminste 8 jaren dienen te zijn verstreken.			
P00	Techniekkosten betreffende P21, P25 en P30 als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%	
P14	Individuele afdruk met randopbouw volledige prothese	25%	
P21	Bovenprothese	25%	
P25	Onderprothese	25%	
P30	Boven- en onderprothese	25%	
P36	Individuele afdruk zonder randopbouw	25%	
P40	Toeslag immediaat prothese per element als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%	
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element	50%	
P10	Partiële kunsttharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	50%	
P15	Partiële kunsttharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	50%	
P16	Individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, exclusief techniekkosten	50%	
P00	Techniekkosten partiële prothese	€ 16,-	
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€ 14,-	

P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€ 14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€ 14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€ 14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

P57	Reparatie prothese zonder afdruk, exclusief techniekkosten	50%
P58	Reparatie prothese met afdruk, exclusief techniekkosten	50%
P79	Uitbreiding prothese met element of anker, exclusief techniekkosten	50%

Indien een volledige gebitsprothese wordt geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde tandprotheticus wordt aanvullend op de hoofdverzekering 25% vergoed.

Prothese op implantaten		
I85	Boven- en onderprothese	€ 180,-
I87	Onderprothese	€ 90,-

AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING CONFIOOR TANDZORGETRA 2

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en de Aanvullende Algemene Verzekeringsvoorwaarden voor alle Aanvullende Tandartsverzekeringen, waarvan de TandZorgExtra 2 een onderdeel vormt, heeft verzekerde – indien en voorzover op de zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd – recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoedingen:

A Consulten

C11	Periodiek preventief onderzoek, 1 ^e in kalenderjaar, éénmaal per kalenderjaar	75%
C12	2 ^e en volgend periodiek preventief onderhoud, éénmaal per kalenderjaar	75%
C13	Incidenteel consult, éénmaal per kalenderjaar	75%
C85	Toeslag weekendbehandeling: zaterdag 00.00 tot zondag 24.00 uur	75%
C86	Toeslag avondbehandeling: tussen 18.00 en 24.00 uur	75%
C87	Toeslag nachtbehandeling: tussen 24.00 en 07.00 uur	75%

B Preventieve behandelingen

M50	Tandsteenverwijdering gering, tweemaal per kalenderjaar of	75%
M55	Tandsteenverwijdering normaal, tweemaal per kalenderjaar of	75%
M59	Tandsteenverwijdering uitgebreid, tweemaal per kalenderjaar	75%

C Anesthesie

A10	Geleidings- en/of infiltratie- anesthesie	75%
A15	Oppervlakte anesthesie	75%

D Röntgenfoto's

X10	Intraorale foto, maximaal 4 per kalenderjaar	75%
-----	--	-----

E Vullingen

Per kalenderjaar worden maximaal 6 vullingen per verzekerde vergoed.

V10	Pitvulling (amalgaam/composiet)	75%
V11	1-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	75%
V12	2-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	75%
V13	3-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	75%
V14	Kroon van plastisch materiaal (amalgaam/composiet)	75%
V15	Directe labiale veneering	75%
V20/21	Etsen t.b.v. composiet, al dan niet in combinatie met etsbare onderlaag (maximaal 6 per kalenderjaar)	75%

F Wortelkanaalbehandelingen

E01	Endodontisch consult	75%
E02	Uitgebreid endodontisch consult	75%
E03	Consult na dentaal trauma	75%
E13	Eenkanalig element	75%
E14	Tweekanalig element	75%
E16	Driekanalig element	75%
E17	Vier- of meerkanalig element	75%
E42	Repositie geluxeerd element	75%
E43	Aanbrengen fixatie d.m.v. spalk	75%
E44	Verwijdering spalk	75%
E45	Aanbrengen rubberdam	75%
E77	Initiële wortelkanaalbehandeling, 1 ^e kanaal	75%
E78	Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal	75%
E85	Elektronische lengte bepaling	75%

G Chirurgische behandelingen

H10	Extractie inclusief eenvoudig wondtoilet	75%
H15	Volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	75%
H20	Hechten, per alveole	75%
H21	Kosten hechtmateriaal	75%
H25	Uitgebreid wondtoilet	75%
H30	Gecomplieerde extractie zonder mucoperiostale opklap	75%
H35	Gecomplieerde extractie met mucoperiostale opklap	75%
H40	Correctie processus alveolaris per kaak	75%
H41	Frenulum extirpatie	75%
H50	Repositie/replantatie eerste element	75%
H55	Repositie/replantatie buurelement	75%
H70	Weke delen correcties enkelzijdig per kaak	75%
H75	Weke delen correcties dubbelzijdig per kaak	75%

H Kroon- en brugwerk

Verzekerde heeft recht op onderstaande vergoedingen, inclusief techniekkosten (alleen in combinatie met genoemde verrichtingen), indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts. Per kalenderjaar komen maximaal 3 gebits-elementen voor vergoeding in aanmerking voor onderstaande R-codes:

R20	Gegoten metalen kroon	€ 125,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharvenster	€ 125,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€ 125,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€ 125,-
R08	1-vlaks inlay composiet	€ 110,-
R11	1-vlaks inlay	€ 110,-
R09	2-vlaks inlay composiet	€ 110,-
R12	2-vlaks inlay	€ 110,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€ 110,-
R13	3-vlaks inlay	€ 110,-
R40	Eerste dummy	€ 125,-
R45	Volgende dummy	€ 125,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€ 125,-
R61	Etsbrug met preparatie	€ 125,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€ 20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€ 20,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€ 110,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€ 110,-

I Prothetische voorzieningen		
Verzekerde kan aanspraak maken op maximaal 3 prothesen, waarbij tussen het aanmeten van de 2 ^e en 3 ^e prothese tenminste 8 jaren dienen te zijn verstreken.		
P00	Techniekkosten betreffende P21, P25 en P30 als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P14	Individuele afdruk met randopbouw volledige prothese	25%
P21	Bovenprothese	25%
P25	Onderprothese	25%
P30	Boven- en onderprothese	25%
P36	Individuele afdruk zonder randopbouw	25%
P40	Toeslag immmediaat prothese per element als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element	100%
P10	Partiële kunsthariprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P15	Partiële kunsthariprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P16	Individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, exclusief techniekkosten	100%
P34	Frame-prothese 1-4 elementen, inclusief techniekkosten	€ 200,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen, inclusief techniekkosten	€ 275,-
P51	Rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P52	Rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P53	Rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P54	Rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.		
P57	Reparatie prothese zonder afdruk, exclusief techniekkosten	100%
P58	Reparatie prothese met afdruk, exclusief techniekkosten	100%
P79	Uitbreiding prothese met element of anker, exclusief techniekkosten	100%
Indien een volledige gebitsprothese wordt geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde tandprotheticus wordt aanvullend op de hoofdverzekering 25% vergoed.		
Prothese op implantaten		
I85	Boven- en onderprothese	€ 180,-
I87	Onderprothese	€ 90,-
J Parodontologie		
Het doorlopen van het 'parodontologieprotocol' wordt gedurende de gehele verzekeringsduur eenmalig vergoed, waarbij de vergoeding voor het aantal consulten nazorg (T51-T56) is beperkt tot twee. Vergoedingen voor eerder doorlopen stappen in het protocol zijn niet mogelijk.		
Uitgevoerd door tandarts of mondhygiënist in loondienst:		
T11	Onderzoek met pocketstatus of	50%
T12	Onderzoek met parodontiumstatus	50%
T21	Scaling en rootplanning door tandarts per element	50%
T22	Scaling en rootplanning door mondhygiënist per element	50%
T31	Herbeoordeling met pocketstatus	50%
T32	Herbeoordeling met parodontiumstatus	50%
T33	Uitgebreid bespreken vervolgtraject	50%
T70	Flapoperatie in een interdentale ruimte	50%
T71	Flapoperatie per sextant	50%
T72	Flapoperatie uitgebreid per sextant	50%
T73	Directe post-operatieve zorg, kort	50%
T74	Directe post-operatieve zorg, uitgebreid	50%
T75	Post-operatief evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	50%
T76	Tuber- of retromolaar plastic	50%
T51	Kort consult parodontale nazorg tandarts	50%
T52	Kort consult parodontale nazorg mondhygiënist	50%
T53	Consult parodontale nazorg tandarts	50%
T54	Consult parodontale nazorg mondhygiënist	50%

T55	Uitgebreid consult parodontale nazorg tandarts	50%
T56	Uitgebreid consult parodontale nazorg mondhygiënist	50%
T60	Evaluatieonderzoek met pocketstatus	50%
T61	Evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	50%

De initiële behandeling, herbeoordeling en nazorg kunnen, onder de bovenomschreven voorwaarden, worden uitgevoerd door een door verzekeraar gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist, na schriftelijke verwijzing door een tandarts. De volgende verrichtingen, niet vallend onder het parodontologieprotocol, komen voor vergoeding in aanmerking:

T81	Tuber- of retromolaar plastic	50%
T82	Gingivectomie per element	50%
T83	Gingivectomie per sextant	50%

Parodontologieprotocol

Het parodontologieprotocol is in 1998 tot stand gekomen in overleg met de beroepsgroep tandartsen en vastgelegd in de officiële tariefsbeschikking. In dit protocol is bepaald in welke vaste volgorde en met welke verrichtingencodes de tandarts de tandvleesbehandeling bij u dient uit te voeren. Volgens dit protocol dient de eindevaluatie van de behandeling binnen anderhalf jaar plaats te vinden. Op verwijzing van de tandarts kan een deel van de behandeling worden uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist. Het doel van dit vaste stappenplan is om uw tandvlees zodanig te behandelen en u zodanig voor te lichten dat u na het doorlopen van het protocol weer een goede mondgezondheid heeft bereikt en zelf in staat bent dat zo te houden. Het betreft een kostbare behandeling welke vanuit een aantal verzekeringen van verzekeraar wordt vergoed. U kunt in de Vergoedingenlijst nazien of u hiervoor verzekerd bent en welke vergoedingen dan voor u van toepassing zijn. Het doorlopen van het protocol wordt éénmaal vergoed gedurende de totale verzekeringsduur. Dat kan ook voldoende zijn want na het doorlopen van het protocol is uw tandvlees immers weer in een zo goed mogelijke conditie.

U doorloopt de volgende stadia van de protocolbehandeling:

- 1 Eerste onderzoek: (=initieel onderzoek) met heel veel metingen brengt de tandarts of mondhygiënist de omvang van uw tandvleesprobleem in kaart. Dit onderzoek wordt uitgebreid met u besproken (de behandelcodes: T11 of T12)*.
- 2 Beginbehandeling: (=initieële behandeling) de probleemplaatsen worden door de tandarts, parodontoloog of mondhygiënist zeer grondig schoongemaakt. Tevens krijgt u uitgebreide voorlichting over het onderhoud van uw gebit en uw tandvlees. Dit is van groot belang, want zonder uw inzet kan en zal de behandeling niet het gewenste resultaat opleveren (T21 of T22)*.
- 3 Herbeoordeling: enige tijd na die eerste behandeling worden de metingen van stap 1 herhaald om vast te stellen wat het resultaat is geweest van de beginbehandeling (T31, T32 eventueel aangevuld met T33)*.
- 4 Chirurgie: wanneer blijkt dat de beginbehandeling niet voldoende resultaat heeft opgeleverd om een stabiele mondgezondheid te bereiken kunnen plaatselijk kleine operaties nodig zijn (T70 t/m T76)*.
- 5 Nazorg: wanneer u de voor u nodige behandelingen hebt gehad wordt u nog enige tijd begeleid bij het handhaven van een stabiele mondgezondheid. Van de consulten nazorg worden er door verzekeraar maximaal twee vergoed (T51 t/m T56)*.
- 6 Eindevaluatie: alle metingen van stap 1 en stap 3 worden nog eens herhaald om vast te stellen wat het resultaat is van de totale behandeling. Dit wordt weer met u besproken (T60 of T61)*.

Dus stap 1 is het gedeelte van onderzoek, de stappen 2 tot en met 4 vormen het gedeelte van de behandeling en de stappen 5 en 6 het gedeelte van nazorg en begeleiding. Wanneer de situatie bij u in het begin niet zeer ernstig was is stap 4 mogelijk niet nodig. In de Vergoedingenlijst van de Aanvullende Tandartsverzekeringen is vastgelegd dat eerder doorlopen stappen van het protocol niet worden vergoed. Tevens is vastgelegd dat er maximaal 2 consulten nazorg worden vergoed.

* T-codes zijn codes voor tandvleesbehandelingen, die door tandartsen en mondhygiënist op hun nota's gebruikt worden.

2 Tandheelkundig hulp voor verzekerden tot 18 jaar

A Orthodontie door tandarts

De genoemde vergoedingspercentages gelden voor de door het CTG vastgestelde tarieven.

D01	Diagnostiek: modelanalyse	100%
D12	Cephalometrische analyse exclusief foto	100%
D21	Behandeling uitneembare apparatuur: aanvangstoelage	100%
D22	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar partieel vast	100%
D23	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar vaste apparatuur	100%
D24	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D25	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
D31	Behandeling met partieel vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
D32	Behandeling met partieel vaste apparatuur: overgangstoelage naar volledig vast	100%
D33	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D34	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
D41	Behandeling met vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
D42	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D43	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief 25e maand e.v.	50%
D53	Behandeling m.b.v. eenvoudige orthodontische apparatuur	100%
D54	Controlebezoek	100%
X23	Orthopantomogram t.b.v. orthodontie	100%
X25	Röntgenschedelprofielfoto t.b.v. orthodontie	100%

B Orthodontie door orthodontist

1 Consultatie en diagnostiek

221101	Eerste consult	100%
221102	Vervolgconsult	100%
221103	Controle bezoek	100%
221105	Gebitsmodellen	100%
221106	Beoordeling gebitsmodellen	100%

2 Röntgenonderzoek

221110	Intra-orale röntgenfoto 3 x 4 cm	100%
221111	Occlusale opbeet foto	100%
221112	Extraorale röntgenfoto 13 x 18 cm	100%
221113	Röntgenonderzoek d.m.v. hand/polsfoto's	100%
221114	Vervaardiging orthopantomogram	100%
221115	Beoordeling orthopantomogram	100%
221116	Vervaardiging laterale schedelfoto	100%
221117	Beoordeling laterale schedelfoto	100%
221118	Vervaardiging voor-achterwaartse schedelfoto	100%
221119	Beoordeling voor-achterwaartse schedelfoto	100%

3 Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur

221130	Aanvangstoelage uitneembare apparatuur	100%
221131	Overgangstoelage uitneembaar naar partieel vast	100%
221132	Overgangstoelage uitneembaar naar volledig vast	100%
221133	Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%

4 Behandeling met partieel vaste apparatuur

221140	Aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	100%
221141	Overgangstoelage partieel vast naar volledig vast	100%
221143	Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%

5 Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak

221150	Aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	100%
221153	Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%

6 Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur

221163	Behandelingsmaandtarief 25e maand en volgende	50%
--------	---	-----

221171	Behandeling m.b.v. eenvoudige apparatuur	100%
--------	--	------

7 Diversen

221183	Extractie per element	100%
221184	Fiberotomie per element	100%

C Kronen, bruggen en gegoten vullingen (na voorafgaande toestemming)

R00	Techniekkosten (alleen in combinatie met de hieronder genoemde verrichtingen)	100%
R12	2-vlaks inlay	100%
R13	3-vlaks inlay	100%
R14	Extra voor aangegoten pin	100%
R20	Gegoten metalen kroon	100%
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein	100%
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	100%
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	100%
R31	Opbouw plastisch materiaal	100%
R32	Indirecte methode	100%
R33	Directe methode	100%
R40	Eerste dummy	100%
R45	Tweede en volgende in hetzelfde tussendeel	100%
R46	Intra-coronaire brugverankering	100%
R49	Toeslag brug op 5 of meer pijlerelementen	100%
R50	Metalen fixatiekap met afdruk	100%
R55	Gipsslot met extra afdruk	100%
R60	Etsbrug zonder preparatie	100%
R61	Etsbrug met preparatie	100%
R65	Toeslag voor elke volgende dummy	100%
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	100%
R70	Kroon onder bestaand frame	100%
R71	Vernieuwen porseleinen facet	100%
R72	Vernieuwen facet plastisch materiaal	100%
R74	Opnieuw vastzetten gegoten restauratie	100%
R75	Opnieuw vastzetten etsbrug	100%
R76	Extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	100%
R78	Indirecte labiale veneering zonder preparatie	100%
R79	Indirecte labiale veneering met preparatie	100%

AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING CONFIOR TANDZORGEXTRA 3

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en de Aanvullende Algemene Verzekeringsvoorwaarden voor alle Aanvullende Tandartsverzekeringen, waarvan de TandZorgExtra 3 een onderdeel vormt, heeft verzekerde – indien en voorzover op de zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd – recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoedingen:

A Consulten

C11	Periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar, éénmaal per kalenderjaar	100%
C12	Tweede en volgend periodiek preventief onderhoud, éénmaal per kalenderjaar	100%
C13	Incidenteel consult, éénmaal per kalenderjaar	100%
C85	Toeslag weekendbehandeling: zaterdag 00.00 tot zondag 24.00 uur	100%

C86	Toeslag avondbehandeling: tussen 18.00 en 24.00 uur	100%	
C87	Toeslag nachtbehandeling: tussen 24.00 en 07.00 uur	100%	
C22	Schriftelijke medische anamnese	100%	
B	Preventieve behandelingen		
M50	Tandsteenverwijdering gering, tweemaal per kalenderjaar of	100%	
M55	Tandsteenverwijdering normaal, tweemaal per kalenderjaar of	100%	
M59	Tandsteenverwijdering uitgebreid, tweemaal per kalenderjaar	100%	
C	Anesthesie		
A10	Geleidings- en/of infiltratie- anesthesie	100%	
A15	Oppervlakte anesthesie	100%	
D	Röntgenfoto's		
X10	Intraorale foto, maximaal 6 per kalenderjaar	100%	
E	Vullingen		
	Per kalenderjaar worden maximaal 6 vullingen per verzekerde vergoed.		
V10	Pitvulling (amalgaam/composiet)	100%	
V11	1-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%	
V12	2-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%	
V13	3-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%	
V14	Kroon van plastisch materiaal (amalgaam/composiet)	100%	
V15	Directe labiale veneering	100%	
V20/21	Etsen t.b.v. composiet, al dan niet in combinatie met etsbare onderlaag (maximaal 6 per kalenderjaar)	100%	
V50	Cofferdam	100%	
V70	Parapulpaire stift (honorariumdeel)	100%	
V80	Wortelkanaalstift (honorariumdeel)	100%	
F	Wortelkanaalbehandelingen		
E01	Endodontisch consult	100%	
E02	Uitgebreid endodontisch consult	100%	
E03	Consult na dentaal trauma	100%	
E13	Eenkanalig element	100%	
E14	Tweekanalig element	100%	
E16	Driekanalig element	100%	
E17	Vier- of meerkanalig element	100%	
E42	Repositie geluxeerd element	100%	
E43	Aanbrengen fixatie d.m.v. spalk	100%	
E44	Verwijdering spalk	100%	
E45	Aanbrengen rubberdam	100%	
E77	Initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal	100%	
E78	Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal	100%	
E85	Elektronische lengte bepaling	100%	
E19	Insluiten calciumhydroxide per element, per zitting	100%	
G	Chirurgische behandelingen		
H10	Extractie inclusief eenvoudig wondtoilet	100%	
H15	Volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	100%	
H20	Hechten, per alveole	100%	
H21	Kosten hechtmateriaal	100%	
H25	Uitgebreid wondtoilet	100%	
H30	Gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap	100%	
H35	Gecompliceerde extractie met mucoperiostale opklap	100%	
H40	Correctie processus alveolaris per kaak	100%	
H41	Frenulum extirpatie	100%	
H50	Repositie/replantatie eerste element	100%	
H55	Repositie/replantatie buurelement	100%	
H70	Weke delen correcties enkelzijdig per kaak	100%	
H75	Weke delen correcties dubbelzijdig per kaak	100%	
H90	Vorbereiding praktijkruimte t.b.v. chirurgische verrichtingen	100%	
H	Kroon- en brugwerk		
	Verzekerde heeft recht op onderstaande vergoedingen, inclusief techniekkosten (alleen in combinatie met genoemde verrichtingen), indien en voor zover hier toe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts. Per kalenderjaar komen maximaal drie gebitselementen voor vergoeding in aanmerking:		
R20	Gegoten metalen kroon		€ 200,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharvenster		€ 200,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie		€ 200,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie		€ 200,-
R28	Endokroon, indien direct vervaardigd		100%
R08	1-vlaks inlay composiet		€ 125,-
R11	1-vlaks inlay		€ 125,-
R09	2-vlaks inlay composiet		€ 125,-
R12	2-vlaks inlay		€ 125,-
R10	3-vlaks inlay composiet		€ 125,-
R13	3-vlaks inlay		€ 125,-
R31	Opbouw plastisch materiaal		€ 25,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode		€ 75,-
R33	Gegoten opbouw directe methode		€ 75,-
R40	Eerste dummy		€ 200,-
R45	Volgende dummy		€ 200,-
R60	Etsbrug zonder preparatie		€ 200,-
R61	Etsbrug met preparatie		€ 200,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel		€ 20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee		€ 20,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie		€ 125,-
R79	Labiale veneering met preparatie		€ 125,-
I	Prothetische voorzieningen		
	Verzekerde kan aanspraak maken op maximaal 3 prothesen, waarbij tussen het aanmeten van de 2 ^e en 3 ^e prothese tenminste 8 jaren dienen te zijn verstreken.		
P00	Techniekkosten betreffende P21, P25 en P30 als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)		25%
P14	Individuele afdruk met randopbouw volledige prothese		25%
P21	Bovenprothese		25%
P25	Onderprothese		25%
P30	Boven- en onderprothese		25%
P36	Individuele afdruk zonder randopbouw		25%
P40	Toeslag immediaat prothese per element als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)		25%
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element		100%
P10	Partiële kunstharprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten		100%
P15	Partiële kunstharprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten		100%
P16	Individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, exclusief techniekkosten		100%
P34	Frame-prothese 1-4 elementen, inclusief techniekkosten		€ 300,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen, inclusief techniekkosten		€ 375,-
P51	Rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw, exclusief techniekkosten		100%
P52	Rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw, exclusief techniekkosten		100%
P53	Rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw, exclusief techniekkosten		100%
P54	Rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw, exclusief techniekkosten		100%
	Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.		
P57	Reparatie prothese zonder afdruk, exclusief techniekkosten		100%
P58	Reparatie prothese met afdruk, exclusief techniekkosten		100%
P79	Uitbreiding prothese met element of anker, exclusief techniekkosten		100%
	Indien een volledige gebitsprothese wordt geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde tandprotheticus wordt aanvullend op de hoofdverzekering 25% vergoed.		

Prothese op implantaten		
I85	Boven- en onderprothese	€ 180,-
I87	Onderprothese	€ 90,-

- J Parodontologie
Het doorlopen van het 'parodontologieprotocol' wordt gedurende de gehele verzekeringsduur eenmalig vergoed, waarbij de vergoeding voor het aantal consulten nazorg (T51-T56) is beperkt tot twee. Vergoedingen voor eerder doorlopen stappen in het protocol zijn niet mogelijk.

Uitgevoerd door tandarts of mondhygiënist in loondienst:

T11	Onderzoek met pocketstatus of	75%
T12	Onderzoek met parodontiumstatus	75%
T21	Scaling en rootplanning door tandarts per element	75%
T22	Scaling en rootplanning door mondhygiënist per element	75%
T32	Herbeoordeling met parodontiumstatus	75%
T33	Uitgebreid bespreken vervolgtraject	75%
T70	Flapoperatie in een interdentale ruimte	75%
T71	Flapoperatie per sextant	75%
T72	Flapoperatie uitgebreid per sextant	75%
T73	Directe post-operatieve zorg, kort	75%
T74	Directe post-operatieve zorg, uitgebreid	75%
T75	Post-operatief evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	75%
T76	Tuber- of retromolaar plastiek	75%
T51	Kort consult parodontale nazorg tandarts	75%
T52	Kort consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T53	Consult parodontale nazorg tandarts	75%
T54	Consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T55	Uitgebreid consult parodontale nazorg tandarts	75%
T56	Uitgebreid consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T60	Evaluatieonderzoek met pocketstatus	75%
T61	Evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	75%

De initiële behandeling, herbeoordeling en nazorg kunnen, onder de bovengenoemde voorwaarden, worden uitgevoerd door een door verzekeraar gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist, na schriftelijke verwijzing door een tandarts.

De volgende verrichtingen, niet vallend onder het parodontologieprotocol, komen voor vergoeding in aanmerking:

T81	Tuber- of retromolaar plastiek	75%
T82	Gingivectomie per element	75%
T83	Gingivectomie per sextant	75%

Parodontologieprotocol

Het parodontologieprotocol is in 1998 tot stand gekomen in overleg met de beroepsgroep tandartsen en vastgelegd in de officiële tariefsbeschikking. In dit protocol is bepaald in welke vaste volgorde en met welke verrichtingencodes de tandarts de tandvleesbehandeling bij u dient uit te voeren. Volgens dit protocol dient de eindevaluatie van de behandeling binnen anderhalf jaar plaats te vinden. Op verwijzing van de tandarts kan een deel van de behandeling worden uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist. Het doel van dit vaste stappenplan is om uw tandvlees zodanig te behandelen en u zodanig voor te lichten dat u na het doorlopen van het protocol weer een goede mondgezondheid heeft bereikt en zelf in staat bent dat zo te houden. Het betreft een kostbare behandeling welke vanuit een aantal verzekeringen van verzekeraar wordt vergoed. U kunt in de Vergoedingenlijst nazien of u hiervoor verzekerd bent en welke vergoedingen dan voor u van toepassing zijn. Het doorlopen van het protocol wordt éénmaal vergoed gedurende de totale verzekeringsduur. Dat kan ook voldoende zijn want na het doorlopen van het protocol is uw tandvlees immers weer in een zo goed mogelijke conditie.

U doorloopt de volgende stadia van de protocolbehandeling:

- 1 Eerste onderzoek: (=initieel onderzoek) met heel veel metingen brengt de tandarts of mondhygiënist de omvang van uw tandvleesprobleem in kaart. Dit onderzoek wordt uitgebreid met u besproken (de behandelcodes: T11 of T12)*.
- 2 Beginbehandeling: (=initiële behandeling) de probleemplaatsen worden door de tandarts, parodontoloog of mondhygiënist zeer grondig schoongemaakt.

Tevens krijgt u uitgebreide voorlichting over het onderhoud van uw gebit en uw tandvlees. Dit is van groot belang, want zonder uw inzet kan en zal de behandeling niet het gewenste resultaat opleveren (T21 of T22)*.

- 3 Herbeoordeling: enige tijd na die eerste behandeling worden de metingen van stap 1 herhaald om vast te stellen wat het resultaat is geweest van de beginbehandeling (T31, T32 eventueel aangevuld met T33)*.
- 4 Chirurgie: wanneer blijkt dat de beginbehandeling niet voldoende resultaat heeft opgeleverd om een stabiele mondgezondheid te bereiken kunnen plaatselijk kleine operaties nodig zijn (T70 t/m T76)*.
- 5 Nazorg: wanneer u de voor u nodige behandelingen hebt gehad wordt u nog enige tijd begeleid bij het handhaven van een stabiele mondgezondheid. Van de consulten nazorg worden er door verzekeraar maximaal twee vergoed (T51 t/m T56)*.
- 6 Eindevaluatie: alle metingen van stap 1 en stap 3 worden nog eens herhaald om vast te stellen wat het resultaat is van de totale behandeling. Dit wordt weer met u besproken (T60 of T61)*.

Dus stap 1 is het gedeelte van onderzoek, de stappen 2 tot en met 4 vormen het gedeelte van de behandeling en de stappen 5 en 6 het gedeelte van nazorg en begeleiding. Wanneer de situatie bij u in het begin niet zeer ernstig was is stap 4 mogelijk niet nodig. In de Vergoedingenlijst van de Aanvullende Tandartsverzekeringen is vastgelegd dat eerder doorlopen stappen van het protocol niet worden vergoed. Tevens is vastgelegd dat er maximaal 2 consulten nazorg worden vergoed.

* T-codes zijn codes voor tandvleesbehandelingen, die door tandartsen en mondhygiënist op hun nota's gebruikt worden.

Orthodontie: Onderstaande orthodontiebehandelingen door tandarts of orthodontist voor de verzekerde van 18 jaar en ouder wordt gedurende de totale verzekeringsduur tot maximaal € 1.500,- vergoed.

K Orthodontie door tandarts

De genoemde vergoedingspercentages gelden voor de door het CTG vastgestelde tarieven.

D01	Diagnostiek: modelanalyse	100%
D12	Cephalometrische analyse exclusief foto	100%
D21	Behandeling uitneembare apparatuur: aanvangstoeslag	100%
D22	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoeslag naar partieel vast	100%
D23	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoeslag naar vaste apparatuur	100%
D24	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D25	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
D31	Behandeling met partieel vaste apparatuur: aanvangstoeslag	100%
D32	Behandeling met partieel vaste apparatuur: overgangstoeslag naar volledig vast	100%
D33	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D34	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
D41	Behandeling met vaste apparatuur: aanvangstoeslag	100%
D42	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D43	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief 25e maand e.v.	50%
D53	Behandeling m.b.v. eenvoudige orthodontische apparatuur	100%
D54	Controlebezoek	100%
X23	Orthopantomogram t.b.v. orthodontie	100%
X25	Röntgenschedelprofielfoto t.b.v. orthodontie	100%

L	Orthodontie door orthodontist		R72	Vernieuwen facet plastisch materiaal	100%
1	Consultatie en diagnostiek		R74	Opnieuw vastzetten gegoten restauratie	100%
	221101 Eerste consult	100%	R75	Opnieuw vastzetten etsbrug	100%
	221102 Vervolgconsult	100%	R76	Extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	100%
	221103 Controle bezoek	100%	R78	Indirecte labiale veneering zonder preparatie	100%
	221105 Gebitsmodellen	100%	R79	Indirecte labiale veneering met preparatie	100%
	221106 Beoordeling gebitsmodellen	100%			
2	Röntgenonderzoek		B	Orthodontie door tandarts	
	221110 Intra-orale röntgenfoto 3 x 4 cm	100%		De genoemde vergoedingspercentages gelden voor de door het CTG vastgestelde tarieven.	
	221111 Occlusale opbeet foto	100%	D01	Diagnostiek: modelanalyse	100%
	221112 Extraorale röntgenfoto 13 x 18 cm	100%	D12	Cephalometrische analyse exclusief foto	100%
	221113 Röntgenonderzoek d.m.v. hand/polsfoto's	100%	D21	Behandeling uitneembare apparatuur: aanvangstoelage	100%
	221114 Vervaardiging orthopantomogram	100%	D22	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar partieel vast	100%
	221115 Beoordeling orthopantomogram	100%	D23	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar vaste apparatuur	100%
	221116 Vervaardiging laterale schedelfoto	100%	D24	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
	221117 Beoordeling laterale schedelfoto	100%	D25	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
	221118 Vervaardiging voor-achterwaartse schedelfoto	100%	D31	Behandeling met partieel vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
	221119 Beoordeling voor-achterwaartse schedelfoto	100%	D32	Behandeling met partieel vaste apparatuur: overgangstoelage naar volledig vast	100%
3	Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur		D33	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
	221130 Aanvangstoelage uitneembare apparatuur	100%	D34	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
	221131 Overgangstoelage uitneembaar naar partieel vast	100%	D41	Behandeling met vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
	221132 Overgangstoelage uitneembaar naar volledig vast	100%	D42	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
	221133 Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%	D43	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief 25e maand e.v.	50%
4	Behandeling met partieel vaste apparatuur		D53	Behandeling m.b.v. eenvoudige orthodontische apparatuur	100%
	221140 Aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	100%	D54	Controlebezoek	100%
	221141 Overgangstoelage partieel vast naar volledig vast	100%	X23	Orthopantomogram t.b.v. orthodontie	100%
	221143 Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%	X25	Röntgenschedelprofielfoto t.b.v. orthodontie	100%
5	Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak				
	221150 Aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	100%	C	Orthodontie door orthodontist	
	221153 Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%	1	Consultatie en diagnostiek	
6	Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur			221101 Eerste consult	100%
	221163 Behandelingsmaandtarief 25e maand en volgende	50%		221102 Vervolgconsult	100%
	221171 Behandeling m.b.v. eenvoudige apparatuur	100%		221103 Controle bezoek	100%
7	Diversen			221105 Gebitsmodellen	100%
	221183 Extractie per element	100%		221106 Beoordeling gebitsmodellen	100%
	221184 Fiberotomie per element	100%			
2 Tandheelkundig hulp voor verzekerden tot 18 jaar					
A	Kronen, bruggen en gegoten vullingen (na voorafgaande toestemming)		2	Röntgenonderzoek	
	R00 Techniekkosten (alleen in combinatie met de hieronder genoemde verrichtingen)	100%		221110 Intra-orale röntgenfoto 3 x 4 cm	100%
	R12 2-vlaks inlay	100%		221111 Occlusale opbeet foto	100%
	R13 3-vlaks inlay	100%		221112 Extraorale röntgenfoto 13 x 18 cm	100%
	R14 Extra voor aangegoten pin	100%		221113 Röntgenonderzoek d.m.v. hand/polsfoto's	100%
	R20 Gegoten metalen kroon	100%		221114 Vervaardiging orthopantomogram	100%
	R25 Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein	100%		221115 Beoordeling orthopantomogram	100%
	R26 Jacketkroon met schouderpreparatie	100%		221116 Vervaardiging laterale schedelfoto	100%
	R27 Jacketkroon zonder schouderpreparatie	100%		221117 Beoordeling laterale schedelfoto	100%
	R31 Opbouw plastisch materiaal	100%		221118 Vervaardiging voor-achterwaartse schedelfoto	100%
	R32 Indirecte methode	100%		221119 Beoordeling voor-achterwaartse schedelfoto	100%
	R33 Directe methode	100%	3	Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur	
	R40 Eerste dummy	100%		221130 Aanvangstoelage uitneembare apparatuur	100%
	R45 Tweede en volgende in hetzelfde tussendeel	100%		221131 Overgangstoelage uitneembaar naar partieel vast	100%
	R46 Intra-coronaire brugverankerung	100%		221132 Overgangstoelage uitneembaar naar volledig vast	100%
	R49 Toeslag brug op 5 of meer pijlerelementen	100%		221133 Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
	R50 Metalen fixatiekap met afdruk	100%	4	Behandeling met partieel vaste apparatuur	
	R55 Gipsplot met extra afdruk	100%		221140 Aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	100%
	R60 Etsbrug zonder preparatie	100%		221141 Overgangstoelage partieel vast naar volledig vast	100%
	R61 Etsbrug met preparatie	100%		221143 Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
	R65 Toeslag voor elke volgende dummy	100%			
	R66 Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	100%			
	R70 Kroon onder bestaand frame	100%			
	R71 Vernieuwen porseleinen facet	100%			

5	Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak	
	221150 Aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	100%
	221153 Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
6	Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur	
	221163 Behandelingsmaandtarief 25e maand en volgende	50%
	221171 Behandeling m.b.v. eenvoudige apparatuur	100%
7	Diversen	
	221183 Extractie per element	100%
	221184 Fiberotomie per element	100%



zorg en inkomen

www.confor.nl