



zorg en inkomen

Polisvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen en Tandartsverzekeringen

Modelnummer AV.2.96.07

Confior ZorgExtra 1

Confior ZorgExtra 2

Confior ZorgExtra 3

Confior ZorgExtra 4

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	5
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	8
Artikel 13 Collectief verzekerden	8
Artikel 14 Klachten en geschillen	8
Artikel 15 Overige bepalingen	8
Aanvullende verzekering Confior ZorgExtra 1	9
Aanvullende verzekering Confior ZorgExtra 2	12
Aanvullende verzekering Confior ZorgExtra 3	18
Aanvullende verzekering Confior ZorgExtra 4	25
Aanvullende voorwaarden voor alle aanvullende tandartsverzekeringen	33
Aanvullende tandartsverzekering Confior TandZorgExtra 1	33
Aanvullende tandartsverzekering Confior TandZorgExtra 2	34
Aanvullende tandartsverzekering Confior TandZorgExtra 3	37
Trefwoordenregister	42

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

ARTIKEL 1 AFKORTINGEN EN BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden worden de volgende afkortingen gebruikt:

- AWBZ : Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- CGGZ : Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
- DGD : Districts Geneeskundige Dienst
- GGD : Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
- GVS : Geneesmiddelenvergoedingssysteem
- KNGF : Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- NISB : Nederlands Instituut voor Sport en Beweging
- NPCF : Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
- SEMH : Stichting Erkenningregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen
- Wbo : Wet op het bevolkingsonderzoek
- Wet BIG : Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Wmg : Wet marktordening gezondheidszorg
- Zvw : Zorgverzekeringswet

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 zorgaanbieder, 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 artsenijsbereidkunde 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.

Arbeidsgerelateerde klachten

Klachten als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden en die er niet zouden zijn geweest als de werkzaamheden niet zouden zijn uitgevoerd.

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.

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.

Bekkentherapeut

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

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.

Farmaceutische zorg

Geneesmiddelen waarop 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 Zvw 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 en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Instelling

Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.

Kinderfysiotherapeut

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

Kraamzorg

De zorg verleend door een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende. Een kraamcentrum is een instelling conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door verzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling.

Laboratoriumonderzoek

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

Magistrale homeopathische bereiding

Homeopathisch geneesmiddel dat is bereid voor een individuele patiënt door een fabrikant, die krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische 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 en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register van het KNGF.

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 verzekeraar 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 is aangesloten bij de organisatie 'Care for Women' of een daartoe bevoegde organisatie/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 is bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Personen-alarmeringsapparaat

Een apparaat met een spreek en luisterverbinding met bijbehorende draagbare noodschakelaar, waarmee men in noodsituaties een telefoonschakelaar 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.

Psychologische hulpverlener

Eerstelijns psycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog. Gezondheids (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.

Reddingskosten

De kosten van - na ongeval of vermissing van verzekerde - door of

namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde. Hieronder worden ook verstaan de kosten van o.a. helikopter- vervoer, de zogenaamde 'glijbanaan' en andere bijzondere vervoer- middelen, welke worden ingezet indien vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Regeling zorgverzekering

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

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 zorg

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 zorg in het buitenland

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

Sport Medisch Adviescentrum (SMA)/Sport Medische Instelling (SMI)

Een bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI) aangesloten 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 zorgaanbieder voorafgaand aan het betrekken van zorg of overige diensten van een andere zorgaanbieder.

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 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.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen instelling voor medisch-specialistische zorg die, als zodanig is toegelaten in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.

Z-index

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

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 natuurlijk persoon 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 kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste dag van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens 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, tenzij verzekeraar anders bepaalt. Voor pasgeboren kinderen geldt dat zij met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum zijn verzekerd, mits zij binnen 30 dagen na hun geboorte schriftelijk ter verzekering zijn aangemeld.
- 2 De verzekering gaat in op de datum die op de Zorgpolis is vermeld.
- 3 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.
- 4 Als kandidaat-verzekerde een bij verzekeraar afgesloten verzekering wil wijzigen in een andere verzekering bij verzekeraar, dan wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken. De ingangsdatum van deze andere verzekering kan uitsluitend per 1 januari vol-

gend op het kalenderjaar waarin verzekeraar de aanvraag tot wijziging van de verzekering heeft ontvangen, tenzij verzekeraar anders bepaalt.

Duur van de verzekering

- 5 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.
- 6 De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij er sprake is van een rechtsgeldige opzegging.
- 7 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. Indien verzekeringnemer schriftelijk verzoekt om de verzekering gelijktijdig met de hoofdverzekering op te zeggen, zal verzekeraar hieraan meewerken.

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 8, 11 en 12 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:

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

Beëindiging van rechtswege

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

Beëindiging in verband met nieuw dienstverband

- 16 Verzekeringnemer heeft het recht de verzekering voor alle verzekerden tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van

een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. Verzekeringnemer kan de oude verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

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 (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 aangemaand 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 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 verzekerde de hoofdverzekering niet heeft ondergebracht bij verzekeraar. 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 is afgesloten.
- 13 Verzekeraar heeft het recht, indien blijkt dat niet minimaal één lid van het gezin van 18 jaar of ouder - tevens bij voortdurend - dezelfde aanvullende verzekering heeft afgesloten, om de premie van verzekerde jonger dan 18 jaar gelijk te stellen aan die van verzekerde van 18 jaar of ouder.

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 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 de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg, 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 VERZEKERDE PRESTATIES

Verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van de prestaties zoals genoemd in de aanvullende verzekering(en) die op de Zorgpolis is (zijn) vermeld. De lijst met gecontracteerde zorgaanbieders, instellingen of leveranciers is te raadplegen via de website van verzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.

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 één 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;
 - Mouterij, 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.
- De 6 hierboven 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 gedeponeerd 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 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 die verzekering(en) in beginsel dekking bied(t)(en), biedt deze verzekering voor die geneeskundige kosten geen dekking. Deze dekkinguitsluiting 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 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 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 bij of krachtens het bepaalde in de Zvw en de AWBZ en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoek, tenzij in een aanvullende verzekering afwijkend is overeengekomen.
- 4 a Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit 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 4.b 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 Herverzekeringsmaatschappij 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 vervolgf- 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 hoogleraar-specialist.
- 9 Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Vergoedingenlijst anders is bepaald.
- 10 Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit.
- 11 Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen.
- 12 Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist.
- 13 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.
- 14 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 zorgaanbieder te verkrijgen, tenzij daar door verzekeraar vooraf toestemming voor verleend is.

- 15 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.
- 16 a Indien aan de in artikel 928 van boek 7 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 meedeelde 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 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 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 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 verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928, tweede of derde lid van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, die heeft gehandeld met opzet verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien verzekeringnemer, met opzet verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.
- 17 Voor schade en/of kosten die het gevolg zijn van het niet nakomen van een gemaakte afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgaanbieder.
- 18 Voor verzekerden woonachtig in België of Duitsland, de kosten voor zorg die - bij behandeling in Nederland - krachtens de AWBZ vergoed zouden worden.

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 daarop naar inhoud, omvang en uit het oogpunt van doelmatigheid redelijkerwijs is aangewezen. De vraag of 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 zorgaanbieder 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 zorgaanbieder gewaarmerkt;
 - De nota is binnen 12 kalendermaanden na afloop van het kalenderjaar waarin de zorg en/of overige diensten zijn verstrekt door verzekeraar ontvangen;
 - Ingediende nota's worden niet aan verzekeringnemer teruggestuurd;
 - Een nota in een andere taal wordt vertaald door een beëdigd vertaler, indien de nota naar het oordeel van verzekeraar vertaling behoeft. De vertaalkosten komen voor rekening van verzekerde.
- 2 Indien en voor zover verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de verzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van verzekeraar, van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde, te hebben verleend.
- 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 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 verzekeringnemer en/of verzekerde heeft.
- 7 Als in de Vergoedingenlijst bij een verzekerde prestatie een maximumvergoeding gedurende 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.
- 9 Vergoeding van buitenlandse nota's geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.

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 zorgaanbieder.
- 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 verschaft 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 Het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
 - f Het vervallen van de verzekeringsplicht op grond van de Zvw, het schorsen van de hoofdverzekering en/of het beëindigen van de hoofdverzekering;
 - g Het niet meer voldoen aan de voorwaarden om collectief verzekerd te zijn (bijv. beëindiging dienstverband);
 - h Begin en einde detentie;
 - i In diensttreding als militair in actieve dienst.
- 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 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 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 deze voorwaarden. Verzekeringnemer is zelf niet individueel partij bij de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- 2 De collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven zijn niet (langer) meer van toepassing op de verzekering vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan het collectief (bijvoorbeeld bij einde dienstverband) of indien de collectieve verzekeringsovereenkomst door verzekeraar of de belangenbehartiger is beëindigd. De verzekering wordt vanaf dat moment op basis van de dan geldende individuele verzekeringsvoorwaarden en individuele premietarieven voortgezet of - indien dit niet mogelijk is - op basis van een verzekering die qua dekkingsomvang zoveel als mogelijk overeenkomt met de beëindigde verzekering, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld.

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 van verzekeraar.
- 2 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 30 dagen door verzekeraar wordt gereageerd, dan wel verzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan verzekeringnemer of verzekerde een klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.
- 3 Indien verzekeringnemer of verzekerde bejegeningklachten heeft over de verzekering, dan kan hij zijn klacht eveneens voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.
- 4 Het adres van de Ombudsman Zorgverzekeringen is: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG te 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 verzekeraar 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 verzekeraar 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 Verzekeraar zal materiële controle en fraudeonderzoek uitvoeren overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zvw alsmede in het Addendum bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.
- 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 zorgaanbieder 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.
- 9 In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist verzekeraar.
- 10 Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2007.

VERGOEDINGENLIJST

AANVULLENDE VERZEKERING CONFIO ZORGEXTRA 1

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de aanvullende verzekering ZorgExtra 1 een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover op de Zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd - recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Alternatieve (genees)middelen

Vergoeding:

- De kosten van homeopathische- en antroposofische middelen en voedingssupplementen tot maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De homeopathische middelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Antroposofische middelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking;
- Voedingssupplementen zijn opgenomen in de Z-index prijslijst;
- De middelen zijn voorgeschreven door een arts;
- De middelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- De homeopathische en antroposofische middelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische middelen.

Uitsluiting(en):

- Alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, fytotherapeutische geneesmiddelen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische middelen.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding:

- De gezamenlijke kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 100 per verzekerde per kalenderjaar, voor zover deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

Voorwaarde(n):

- Homeopathie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Organisatie van Klassieke Homeopaten (NOKH).
- Antroposofie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
 - Nederlandse Vereniging van Creatief Therapeuten (NVCT);
 - Nederlandse Vereniging voor Euritmie Therapie (NVET).
- Acupunctuur/Accupressuur
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging van Reflexzone Therapeuten (VNRT);
 - International Free University (IFU).
- Natuurlijke Geneeswijzen
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
 - Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);

- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG);
- Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
- Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke & Regulatietherapie (NVNR).

- Zorg voor Houding en Beweging

De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:

- Stichting Chiropractie Nederland (SCN/NCA);
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO);
- Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
- Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
- Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)/Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
- Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS);
- Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN);
- Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK).

- Alternatieve Psychologische Hulpverlening

De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:

- Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH);
- Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
- Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
- Nederlandse Beroepsvereniging Van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Gilde Van Hypnotherapeuten (NGVH);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.);
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
- NFG- Vakgroep Psychosociaal en Maatschappelijk Werk (VPMW);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalt-therapeuten (NBGT);
- Landelijke Vereniging voor Psychosociaal Werkenden (LVPW).

- Voetzorg

Voor podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie dient de zorgaanbieder een geregistreerde podotherapeut te zijn of als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:

- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP);
- Het Omni Podo Genootschap (OPG);
- Een register-podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP.

3 Bevalling 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 zwangerschap van verzekerde;
- Aanvraag via de Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Geleverd door een door verzekeraar aangewezen leverancier;
- Aanmelding moet plaatsvinden uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap.

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

4 Buitenland

A Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning:

- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar 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 (telefoon +31 317 455 555).

B 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):

- Na voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- 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.

C 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 en deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

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 (telefoon +31 317 455 555).

Uitsluiting(en):

- Vergoeding van de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
- Reddingskosten.

D Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

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

E 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 (telefoon +31 317 455 555);
- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak tot 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.

5 Fysio- en oefentherapie 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 per verzekerde per kalenderjaar.

A Fysiotherapie

De kosten van de volgende medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een (verbijzonderde) (fysio)therapeut:

- Fysiotherapie verleend door een (fysio)therapeut;
- Manuele therapie verleend door een manueel therapeut;
- Bekkentherapie verleend door een bekkentherapeut;
- Kinderfysiotherapie verleend door een kinderfysiotherapeut;
- Oedeemtherapie of manuele lymfedrainage verleend door een oedeemtherapeut of huidtherapeut;
- (Groeps)therapie voor een specifieke doelgroep bij een hiervoor gecontracteerde therapeut.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten), tenzij de fysiotherapeut in de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders als zijnde een direct toegankelijk fysiotherapeut (DTF) is opgenomen. Deze lijst is te raadplegen via de website van verzekeraar en wordt op verzoek toegezonden;
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

En/of

B Oefentherapie Cesar/Mensendieck

De kosten van medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten);
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

6 Huidtherapieën

A Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huidarts/dermatoloog;
- Behandeling door zorgaanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

B UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- De kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, voor de duur van de kuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis of vitiligo uitsluitend wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

7 Hulpmiddelen

A Bewakingsmonitor voor baby's

Vergoeding:

- Verstrekking in bruikleen gedurende het 1^e levensjaar van het kind. Verlenging van het gebruik na het 1^e levensjaar is mogelijk tot en met het 2^e levensjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van risico op ernstige hartritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen;
- Bij de 1^e verstrekking en bij een verlenging van de gebruikperiode; op voorschrift van medisch specialist, waarbij uit de toelichting van

- de medisch specialist de medische noodzaak blijkt;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

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 (een kopie van het) 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, schoonmaaksetjes en het onderhoudscontract.

C Plaswekker

Vergoeding:

- Verstrekking in eigendom, eenmalig gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Verzekerde is 7 jaar of ouder.

D Pruiken

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 (kopie van de) 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;
- Geleverd door de apotheek of apotheekhoudend huisarts.

8 Patiëntenverenigingen

A Lidmaatschappen

Vergoeding:

- Maximaal € 25 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De patiëntenvereniging is lid van of aangesloten bij de NPCF.

B Therapieën

Vergoeding:

- Maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De therapie is georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de NPCF.

Uitsluiting(en):

- Sportactiviteiten.

9 Pedicurezorg

Vergoeding:

- Maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus en heeft dreigende voetproblemen;
- De pedicure moet - afhankelijk van de aandoening van verzekerde -

met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet' geregistreerd staan bij of voldoen aan de betreffende kwaliteitscriteria van de Landelijke organisatie voor de Voetverzorging/Pedicure (Pro-Voet);

- Verwijzing van huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige.

10 Preventie

Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- Maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van:
 - Vaccins en het vaccineren tegen (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen;
 - Preventieve geneesmiddelen tegen malaria.

Voorwaarde(n):

- Toediening door een arts die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en in geval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

11 Psychologische zorg

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

- 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):

- (Ortho)Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

12 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.

Uitsluiting(en):

- Second opinion in het kader van de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

13 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- De kosten van consulten ten behoeve van onderzoek en advies bij sportblessures, tot een maximum van € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Consulten en onderzoeken worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of een Sport Medische Instelling (SMI) die zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding;
- Keuringen;
- Cursussen.

14 Stottertherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar voor stottertherapieën.

Voorwaarde(n):

- Therapieën worden 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'.

15 Voedingspreparaten

Vergoeding:

- De kosten van dieetpreparaten, in drinkbare of poedervorm, tot een maximum van € 75 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van levensbedreigende ernstige ondervoeding, of de effectiviteit van een noodzakelijk geachte behandeling is sterk verminderd als gevolg van ondergewicht;
- Op voorschrift van arts of diëtist;
- Geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Dieetpreparaten waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Babyvoeding (normale en/of speciale voeding);
- Aangepast voedsel (zoals glutenvrije producten).

16 Voorzetkamers voor dosisaerosolen bij luchtwegaandoeningen

Vergoeding:

- Maximaal 2 voorzetkamers per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Voorzetkamers indien deze zijn inbegrepen bij de kosten van aerosolen.

AANVULLENDE VERZEKERING CONFIOZ ZORGETRA 2

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de aanvullende verzekering ZorgExtra 2 een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover op de Zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd - recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Alternatieve (genees)middelen

Vergoeding:

- De kosten van homeopathische- en antroposofische middelen en voedingssupplementen tot maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De homeopathische middelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Antroposofische middelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking;
- Voedingssupplementen zijn opgenomen in de Z-index prijslijst;
- De middelen zijn voorgeschreven door een arts;
- De middelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- De homeopathische en antroposofische middelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische middelen.

Uitsluiting(en):

- Alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, fytotherapeutische geneesmiddelen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische middelen.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding:

- De gezamenlijke kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 300 per verzekerde per kalenderjaar, voor zover deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

Voorwaarde(n):

- Homeopathie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Organisatie van Klassieke Homeopaten (NOKH).
- Antroposofie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
 - Nederlandse Vereniging van Creatief Therapeuten (NVCT);
 - Nederlandse Vereniging voor Eurytmie Therapie (NVET).
- Acupunctuur/Accupressuur
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging van Reflexzone Therapeuten (VNRT);
 - International Free University (IFU).
- Natuurlijke Geneeswijzen
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Werkgroep van Praktijzers in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
 - Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Vereniging Additieve Genezers (VAG);
 - Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
 - Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC);
 - Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
 - Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
 - Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
 - Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke & Regulatietherapie (NVNR).
- Zorg voor Houding en Beweging
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Stichting Chiropractie Nederland (SCN/NCA);
 - Nederlands Register voor Osteopathie (NRO);
 - Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)/Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS);
 - Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK).
- Alternatieve Psychologische Hulpverlening
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPVA);
 - Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
 - Nederlandse Beroepsvereniging Van Hypnotherapeuten (NBVH);
 - Nederlandse Gilde Van Hypnotherapeuten (NGVH);

- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.);
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
- NFG- Vakgroep Psychosociaal en Maatschappelijk Werk (VPMW);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalt-therapeuten (NBGT);
- Landelijke Vereniging voor Psychosociaal Werkenden (LVPW).
- Voetzorg
 - Voor podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie dient de zorgaanbieder een geregistreerde podotherapeut te zijn of als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP);
 - Het Omni Podo Genootschap (OPG);
 - Een register-podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP.

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 voor zover 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 zwangerschap van verzekerde;
- Aanvraag via de Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Geleverd door een door verzekeraar aangewezen leverancier;
- Aanmelding moet plaatsvinden uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap.

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

C 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.

D Kraamzorg na adoptie

Vergoeding:

- Maximaal 16 uur kraamzorg bij adoptie van één 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 (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Geadopteerd(e) kind(eren) is/zijn niet ouder dan 5 maanden.

E Kraamzorg na (couveuse)opname van (een) pasgeborene(n)

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 (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Binnen 3 maanden na de bevalling.

4 Buitenland

A Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning:

- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar 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 (telefoon +31 317 455 555).

B 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):

- Na voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- 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.

C 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 en deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

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 (telefoon +31 317 455 555).

Uitsluiting(en):

- Vergoeding van de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
- Reddingskosten.

D Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

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

E 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 (telefoon +31 317 455 555);
- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak tot 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.

5 Farmaceutische zorg

Vergoeding:

- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het 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.

6 Fysio- en oefentherapie Cesar en/of Mensendieck

Vergoeding:

- 100% van de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck per verzekerde per kalenderjaar.

A Fysiotherapie

De kosten van de volgende medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een (verbijzonderde) (fysio)therapeut:

- Fysiotherapie verleend door een (fysio)therapeut;
- Manuele therapie verleend door een manueel therapeut;
- Bekkentherapie verleend door een bekkentherapeut;
- Kinderfysiotherapie verleend door een kinderfysiotherapeut;
- Oedeemtherapie of manuele lymfedrainage verleend door een oedeemtherapeut of huidtherapeut;
- (Groeps)therapie voor een specifieke doelgroep bij een hiervoor gecontracteerde therapeut.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten), tenzij de fysiotherapeut in de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders als zijnde een direct toegankelijk fysiotherapeut (DTF) is opgenomen. Deze lijst is te raadplegen via de website van verzekeraar en wordt op verzoek toegezonden;
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

En/of

B Oefentherapie Cesar/Mensendieck

De kosten van medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten);
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

7 Gezondheids cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar;
- Voor vergoeding komen in aanmerking:
 - Cursussen georganiseerd door Thuiszorg, GGD, DGD, CGGZ, NISB;
 - 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;
- Zwangerschaps cursus;
- Baby massage.

8 Herstellingsoorden (niet-AWBZ erkend)

Vergoeding:

- Maximaal € 40 per dag per verzekerde voor verblijf in een herstellingsoord in Nederland, tot maximaal € 1.200 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Het herstellingsoord voldoet aan kwaliteitscriteria die verzekeraar vaststelt;
- Het herstellingsoord is goedgekeurd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

9 Hospice

Vergoeding:

- Maximaal € 35 van de eigen bijdrage per dag, voor verblijf in een hospice in Nederland, tot maximaal € 1.050 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- De instelling maakt aantoonbaar onderdeel uit van een regionaal netwerk voor Palliatieve Terminale Zorg (PTZ);
- Verzekerde is terminaal ziek en kan niet meer thuis verzorgd worden;
- Er is een indicatiestelling van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIJ) aanwezig;
- Verblijf vindt plaats in een high-care, low-care of kinderspice;
- Hospice wordt door verzekeraar als zodanig erkend.

10 Huidtherapieën

A Acnetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 185 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

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

B Camouflagemiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Geleverd door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist.

C 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 de hals.

D Epilatie

Vergoeding:

- 75% tot maximaal € 500 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur voor de behandeling door middel van elektrische epilatie, laser of vergelijkbare behandelingen.

Voorwaarde(n):

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

E Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huidarts/dermatoloog;
- Behandeling door zorgaanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

F UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- De kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, voor de duur van de kuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis of vitiligo uitsluitend wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

11 Hulpmiddelen

A Bewakingsmonitor voor baby's

Vergoeding:

- Verstrekking in bruikleen gedurende het 1^e levensjaar van het kind. Verlenging van het gebruik na het 1^e levensjaar is mogelijk tot en met het 2^e levensjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van risico op ernstige hartritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen;
- Bij de 1^e verstrekking en bij een verlenging van de gebruiksperiode; op voorschrift van medisch specialist, waarbij uit de toelichting van de medisch specialist de medische noodzaak blijkt;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

B Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding:

- Maximaal € 25 per glas/lens tot een maximum van € 50 per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Of

- Eenmaal per 2 kalenderjaren gebruik maken van één van de brilarrangementen die verzekeraar voor haar verzekerden is overeengekomen. De brilarrangementen maken deel uit van de verzekering en zijn te raadplegen via de website van verzekeraar en worden op verzoek toegezonden.

Voorwaarde(n):

- Bij gebruikmaking van een brilarrangement vindt het declaratieverkeer plaats rechtstreeks tussen leverancier en verzekeraar. Verzekerde dient zelf geen declaratie in.

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 (een kopie van het) 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, schoonmaaksetjes en het onderhoudscontract.

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 (kopie van de)

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 Orthopedische steunzolen

Vergoeding:

- De kosten van maximaal 2 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.

F Plaswekker

Vergoeding:

- Verstrekking in eigendom, eenmalig gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Verzekerde is 7 jaar of ouder.

G Pruiken

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 (kopie van de) 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/spalken

Vergoeding:

- De aanschafkosten tot een maximum van € 25 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Verzekerde kan geen aanspraak maken op een softbrace of spalk vanuit de hoofdverzekering of andere wettelijke regelingen.

Uitsluiting(en):

- Geen vergoeding vindt plaats indien softbrace of spalk wordt voorgeschreven voor of na een operatieve ingreep.

I Steunpessarium

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

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

12 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):

- Eén 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 zorgaanbieder.

Uitsluiting(en):

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

13 Kuurreizen

A 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):

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

Of

B Groepskuurreis-psoriasis

Vergoeding:

- De kosten van vervoer, verblijf en behandeling voor een groepskuurreis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator tot een maximum van € 2.150 per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

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

Of

C Individuele kuurreizen

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan 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.

14 Overgangsconsulent

Vergoeding:

- Maximaal € 75 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

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

15 Patiëntenverenigingen

A Cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De cursus is georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten is bij de NPCF;
- De cursus is gericht op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op verzorging van anderen.

B Lidmaatschappen

Vergoeding:

- Maximaal € 25 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De patiëntenvereniging is lid van of aangesloten bij de NPCF.

C Therapieën

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De therapie is georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten is bij de NPCF.

Uitsluiting(en):

- Sportactiviteiten.

16 Pedicurezorg

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus en heeft dreigende voetproblemen;
- De pedicure moet - afhankelijk van de aandoening van verzekerde - met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet' geregistreerd staan bij of voldoen aan de betreffende kwaliteitscriteria van de Landelijke organisatie voor de Voetverzorging/Pedicure (ProVoet);
- Verwijzing van huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige.

17 Preventie

A Griepvaccinatie voor niet-risicogroepen

Vergoeding:

- De kosten van het griepvaccin en het toedienen van het vaccin.

Voorwaarde(n):

- Het vaccin wordt toegediend door een huisarts.

B Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van:
 - Vaccins en het vaccineren tegen (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen;
 - Preventieve geneesmiddelen tegen malaria.

Voorwaarde(n):

- Toediening door een arts die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en in geval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

18 Psychologische zorg

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

- 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):

- (Ortho)Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

19 Reis- en verblijfskosten

A Reiskosten in verband met bezoek aan een 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 revalidatieinstelling in Nederland;
- 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 één bezoek per dag;
- Het aantal kilometers wordt bepaald door middel van een door verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

B Verblijfskosten logeerhuizen

Bezoekend gezinslid

Vergoeding:

- Maximaal € 120 per opgenomen gezinslid per kalenderjaar voor verblijf van een bezoekend gezinslid in een aan een ziekenhuis verbonden logeer- of gasthuis (o.a. Ronald Mc Donald huis, het familiehuis

Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis en het Kiwanishuis).

Voorwaarde(n):

- Het betreft een logeer- of gasthuis in de directe nabijheid van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt;
- Het opgenomen gezinslid is bij verzekeraar verzekerd;
- Het opgenomen gezinslid dient de nota, van de verblijfskosten van het bezoekend gezinslid, in bij verzekeraar.

Uitsluiting(en):

- Kosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos.

20 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.

Uitsluiting(en):

- Second opinion in het kader van de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

21 Semen Invriezen

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Medische noodzaak (mannen bij wie door een operatieve ingreep of (anti-kanker) therapie de spermaproductie beschadigd zou kunnen worden);
- Opslag in spermabank van een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Uitsluiting(en):

- Invriezen in verband met sterilisatie.

22 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- De kosten van consulten ten behoeve van onderzoek en advies bij sportblessures, tot een maximum van € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Consulten en onderzoeken worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of een Sport Medische Instelling (SMI) die zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding;
- Keuringen;
- Cursussen.

23 Sterilisatie

A Mannelijke verzekerde

Vergoeding:

- De kosten van de ingreep, inclusief preoperatief onderzoek en post-operatief spermaonderzoek.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huisarts of medisch specialist of in een centrum/kliniek waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Hersteloperatie(s).

B Vrouwelijke verzekerde

Vergoeding:

- 100% tot maximaal het wettelijke tarief, zoals vastgesteld op grond van de Wmg.

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):

- Therapieën worden 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 Vakantie- en therapeutische kampen

Vergoeding:

- De kosten van verblijf in een vakantie- of therapeutische kamp tot maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is jonger dan 21 jaar;
- Het betreft:
 - Een vakantiecamp voor kinderen met een aangeboren of op jonge leeftijd verworven hartafwijking en onder behandeling is van een (kinder)cardioloog georganiseerd door de Nederlandse Hartstichting (Hartenark in Bilthoven);
 - Een vakantiecamp voor kinderen met obesitas georganiseerd door Victory for life (Victory Camp) of Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kampen);
 - Een vakantiecamp voor kinderen met diabetes georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN);
 - Een vakantiecamp voor astmatische kinderen georganiseerd door Stichting de Luchtballon;
 - Een vakantiecamp voor kinderen met kanker georganiseerd door de Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen (SKOV);
 - Een therapeutisch kamp voor kinderen met eczeem georganiseerd door de Vereniging voor mensen met constitutioneel eczeem (VMCE) of Stichting De Luchtballon.

Uitsluiting(en):

- Vakantiekampen waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering of AWBZ;
- Reiskosten;
- Hulpmiddelen.

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 bij en georganiseerd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Bunnik (telefoon (030) 659 09 70);
- Tijdens de vakantie van verzekerde die een thuiswonende gehandicapte (mede)verzekerde verzorgt dan wel verpleegt;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

28 Voedingspreparaten

Vergoeding:

- De kosten van dieetpreparaten, in drinkbare of poedervorm, tot een maximum van € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van levensbedreigende ernstige ondervoeding, of de effectiviteit van een noodzakelijk geachte behandeling is sterk verminderd als gevolg van ondergewicht;
- Op voorschrift van arts of diëtist;
- Geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Dieetpreparaten waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de

- hoofdverzekering;
- Babyvoeding (normale en/of speciale voeding);
- Aangepast voedsel (zoals glutenvrije producten).

29 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;
- Indien van toepassing: de kosten voor het inbrengen van het voorbehoedsmiddel.

Voorwaarde(n):

- 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;
- Het voorbehoedsmiddel is geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- Het inbrengen van het voorbehoedsmiddel wordt uitgevoerd door:
 - Een huisarts, vergoeding ten hoogste € 51;
 - Een specialist in het ziekenhuis, vergoeding op basis van de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg (dit is inclusief het voorbehoedsmiddel);
 - Een arts in een andere instelling dan een ziekenhuis, waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Kosten voor het verkrijgen van herhaalrecepten bij de arts.

30 Voorzetkamers voor dosisaerosolen bij luchtwegaandoeningen

Vergoeding:

- Maximaal 2 voorzetkamers per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Voorzetkamers indien deze zijn inbegrepen bij de kosten van aerosolen.

31 Vruchtbaarheidsbehandelingen

Geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid

Vergoeding:

- De kosten van medicatie bij de behandeling van de verminderde vruchtbaarheid van mannelijke verzekerde;
- De kosten van medicatie bij Intra Uterine Inseminatie (IUI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De kosten van medicatie bij Ovulatie Inductie (OI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De kosten van medicatie bij Kunstmatige inseminatie (KI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De eigen bijdrage die op grond van het GVS is verschuldigd voor urinaire gonadotrofines (Menopur®).

Voorwaarde(n):

- Er is een medische indicatie die is vastgesteld door de behandelend medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Is, na voorafgaande vruchtbaarheidsbehandelingen en 3 In Vitro Fertilisatie (IVF) of Intracytoplasmatische Sperma-injectie (ICSI)-behandelingen, geen zwangerschap tot stand gekomen, dan worden eventuele vervolghandelingen en medicatie niet vergoed;
- Behandeling van onvruchtbaarheid die is ontstaan na een kunstma-

- tig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie);
- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het GVS met uitzondering van urinaire gonadotrofines (Menopur®);
- Medicatie waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Medicatie voor vruchtbaarheidsbehandelingen die in Nederland niet zijn toegestaan.

AANVULLENDE VERZEKERING CONFIOZ ZORGEXTRA 3

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de aanvullende verzekering ZorgExtra 3 een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover op de Zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd - recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Alternatieve (genees)middelen

Vergoeding:

- De kosten van homeopathische- en antroposofische middelen en voedingssupplementen tot maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De homeopathische middelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Antroposofische middelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking;
- Voedingssupplementen zijn opgenomen in de Z-index prijslijst;
- De middelen zijn voorgeschreven door een arts;
- De middelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- De homeopathische en antroposofische middelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische middelen.

Uitsluiting(en):

- Alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, fytotherapeutische geneesmiddelen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische middelen.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding:

- De gezamenlijke kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 500 per verzekerde per kalenderjaar, voor zover deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

Voorwaarde(n):

- Homeopathie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Organisatie van Klassieke Homeopaten (NOKH).
- Antroposofie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);

- Nederlandse Vereniging van Creatief Therapeuten (NVCT);
- Nederlandse Vereniging voor Euritmie Therapie (NVET).
- Acupunctuur/Accupressuur
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging voor Reflexzone Therapeuten (VNRT);
 - International Free University (IFU).
- Natuurlijke Geneeswijzen
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
 - Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Vereniging Additieve Genezers (VAG);
 - Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
 - Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC);
 - Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
 - Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
 - Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
 - Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke & Regulatietherapie (NVNR).
- Zorg voor Houding en Beweging
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Stichting Chiropractie Nederland (SCN/NCA);
 - Nederlands Register voor Osteopathie (NRO);
 - Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)/Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS);
 - Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK).
- Alternatieve Psychologische Hulpverlening
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
 - Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
 - Nederlandse Beroepsvereniging Van Hypnotherapeuten (NBVH);
 - Nederlandse Gilde Van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIIT e.a.);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
 - NFG- Vakgroep Psychosociaal en Maatschappelijk Werk (VPMW);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalt-therapeuten (NBGT);
 - Landelijke Vereniging voor Psychosociaal Werkenden (LVPW).
- Voetzorg
Voor podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie dient de zorgaanbieder een geregistreerde podotherapeut te zijn of als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP);
 - Het Omni Podo Genootschap (OPG);
 - Een register-podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP.

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 voor zover 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 zwangerschap van verzekerde;
- Aanvraag via Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Geleverd door een door verzekeraar aangewezen leverancier;
- Aanmelding moet plaatsvinden uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap.

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

C Kraamzorg

Vergoeding:

- Eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is op grond van de Regeling zorgverzekering.

Voorwaarde(n):

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

D Kraamzorg na adoptie

Vergoeding:

- Maximaal 16 uur kraamzorg bij adoptie van één 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 (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Geadopteerd(e) kind(eren) is/zijn niet ouder dan 5 maanden.

E Kraamzorg na (couveuse)opname van (een) pasgeborene(n)

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 (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Binnen 3 maanden na de bevalling.

F Meerlingenuitkering

Vergoeding:

- Uitkering ineens van € 230.

Voorwaarde(n):

- Inschrijving van de kinderen bij verzekeraar.

4 Buitenland

A Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning:

- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar 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 (telefoon +31 317 455 555).

B 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):

- Na voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- 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.

C 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 en deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

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 (telefoon +31 317 455 555).

Uitsluiting(en):

- Vergoeding van de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
- Reddingskosten.

D Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

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

E 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 (telefoon +31 317 455 555);
- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak tot 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.

5 Farmaceutische zorg

Vergoeding:

- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het 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.

6 Fysio- en oefentherapie Cesar en/of Mensendieck

Vergoeding:

- 100% van de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck per verzekerde per kalenderjaar.

A Fysiotherapie

De kosten van de volgende medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een (verbijzonderde) (fysio)therapeut:

- Fysiotherapie verleend door een (fysio)therapeut;
- Manuele therapie verleend door een manueel therapeut;
- Bekkentherapie verleend door een bekkentherapeut;
- Kinderfysiotherapie verleend door een kinderfysiotherapeut;
- Oedeemtherapie of manuele lymfedrainage verleend door een oedeemtherapeut of huidtherapeut;
- (Groeps)therapie voor een specifieke doelgroep bij een hiervoor gecontracteerde therapeut.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten), tenzij de fysiotherapeut in de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders als zijnde een direct toegankelijk fysiotherapeut (DTF) is opgenomen. Deze lijst is te raadplegen via de website van verzekeraar en wordt op verzoek toegezonden;
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

En/of

B Oefentherapie Cesar/Mensendieck

De kosten van medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten);
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

7 Gezondheids cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar;
- Voor vergoeding komen in aanmerking:
 - Cursussen georganiseerd door Thuiszorg, GGD, DGD, CGGZ, NISB;
 - 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.

8 Herstel en Balans (Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker)

Vergoeding:

- 100% met een maximum van € 1.000 gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- Het betreft een nazorgprogramma voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen;
- Zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder met een licentie van Stichting Herstel en Balans;
- Vergoeding is niet mogelijk vanuit de hoofdverzekering.

9 Herstellingsoorden (niet-AWBZ erkend)

Vergoeding:

- Maximaal € 40 per dag per verzekerde voor verblijf in een herstellingsoord in Nederland, tot maximaal € 2.000 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Het herstellingsoord voldoet aan kwaliteitscriteria die verzekeraar vaststelt;
- Het herstellingsoord is goedgekeurd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

10 Hospice

Vergoeding:

- Maximaal € 35 van de eigen bijdrage per dag, voor verblijf in een hospice in Nederland, tot maximaal € 1.050 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- De instelling maakt aantoonbaar onderdeel uit van een regionaal netwerk voor Palliatieve Terminale Zorg (PTZ);
- Verzekerde is terminaal ziek en kan niet meer thuis verzorgd worden;
- Er is een indicatiestelling van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aanwezig;
- Verblijf vindt plaats in een high-care, low-care of kindhospice;
- Hospice wordt door verzekeraar als zodanig erkend.

11 Huidtherapieën

A Acnetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 185 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

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

B Camouflagemiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Geleverd door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist.

C 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 de hals.

D Epilatie

Vergoeding:

- 75% tot maximaal € 1.000 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur voor de behandeling door middel van elektrische epilatie, laser of vergelijkbare behandelingen.

Voorwaarde(n):

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

E Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huidarts/dermatoloog;
- Behandeling door zorgaanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

F UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- De kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, voor de duur van de kuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis of vitiligo uitsluitend wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

12 Hulpmiddelen

A Alarmeringsapparatuur op sociale indicatie

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen;
- Verzekerde kan geen aanspraak maken op personenalarmering 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. Nadat verzekerde een machtiging van de verzekeraar heeft ontvangen, dient verzekerde de declaratie maandelijks of gebundeld over meerdere maanden in bij verzekeraar. De declaratie dient vergezeld te gaan van de originele nota van de leverancier of ingeval van automatische overschrijving, een kopie van de giro-/bankafschriften.

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

Vergoeding:

- Verstrekking in bruikleen gedurende het 1^e levensjaar van het kind. Verlenging van het gebruik na het 1^e levensjaar is mogelijk tot en met het 2^e levensjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van risico op ernstige hartritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen;
- Bij de 1^e verstrekking en bij een verlenging van de gebruiksperiode; op voorschrift van medisch specialist, waarbij uit de toelichting van de medisch specialist de medische noodzaak blijkt;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

C Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding:

- Maximaal € 50 per glas/lens tot een maximum van € 100 per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Of

- Eenmaal per 2 kalenderjaren gebruik maken van één van de brilarrangementen die verzekeraar voor haar verzekerden is overeengekomen. De brilarrangementen maken deel uit van de verzekering en zijn te raadplegen via de website van verzekeraar en worden op verzoek toegezonden.

Voorwaarde(n):

- Bij gebruikmaking van een brilarrangement vindt het declaratieverkeer plaats rechtstreeks tussen leverancier en verzekeraar. Verze-

kerde dient zelf geen declaratie in.

Uitsluiting(en):

- Zonnebrillen, gekleurde glazen/lenzen, montuur.

D Diabetes-start-pakket

Vergoeding:

- Eenmalig per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur een door verzekeraar verstrekt diabetes-start-pakket met daarin een bloedglucosemeter en een prikpen;
- Eenmaal per verzekerde per kalenderjaar 50 diabetes teststrips;
- Eenmaal per verzekerde per kalenderjaar 50 lancetten.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige;
- Verzekerde lijdt aan Diabetes Mellitus Type II;
- Verzekerde moet lid zijn van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN);
- Het diabetes-start-pakket wordt geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

E 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 (een kopie van het) 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, schoonmaaksetjes en het onderhoudscontract.

F 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 (kopie van de) 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.

G Orthopedische steunzolen

Vergoeding:

- De kosten van maximaal 2 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.

H Plaswekker

Vergoeding:

- Verstrekking in eigendom, eenmalig gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Verzekerde is 7 jaar of ouder.

I Pruiken

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

J Softbraces/spalken

Vergoeding:

- De aanschafkosten tot een maximum van € 40 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Verzekerde kan geen aanspraak maken op een softbrace of spalk vanuit de hoofdverzekering of andere wettelijke regelingen.

Uitsluiting(en):

- Geen vergoeding vindt plaats indien softbrace of spalk wordt voorgeschreven voor of na een operatieve ingreep.

K Steunpessarium

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

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

13 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):

- Eén 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 zorgaanbieder.

Uitsluiting(en):

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

14 Kuurreizen

A 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):

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

Of

B Groepskuurreis-psoriasis

Vergoeding:

- De kosten van vervoer, verblijf en behandeling voor een groepskuurreis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator tot een maximum van € 2.150 per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

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

Of

C Individuele kuurreizen

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan 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.

15 Overgangsconsulent

Vergoeding:

- Maximaal € 110 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

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

16 Patiëntenverenigingen

A Cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De cursus is georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten is bij de NPCF;
- De cursus is gericht op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op verzorging van anderen.

B Lidmaatschappen

Vergoeding:

- Maximaal € 25 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De patiëntenvereniging is lid van of aangesloten bij de NPCF.

C Therapieën

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De therapie is georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten is bij de NPCF.

Uitsluiting(en):

- Sportactiviteiten.

17 Pedicurezorg

Vergoeding:

- Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus en heeft dreigende voetproblemen;
- De pedicure moet - afhankelijk van de aandoening van verzekerde - met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet' geregistreerd staan bij of voldoen aan de betreffende kwaliteitscriteria van de Landelijke organisatie voor de Voetverzorging/Pedicure (Pro-Voet);
- Verwijzing van huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige.

18 Preventie

A Algemene Check-up

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

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

Uitsluiting(en):

- Onderzoeken in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).

B Griepvaccinatie voor niet-risicogroepen

Vergoeding:

- De kosten van het griepvaccin en het toedienen van het vaccin.

Voorwaarde(n):

- Het vaccin wordt toegediend door een huisarts.

C Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- Maximaal € 125 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van:
 - Vaccins en het vaccineren tegen (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen;
 - Preventieve geneesmiddelen tegen malaria.

Voorwaarde(n):

- Toediening door een arts die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en in geval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

19 Psychologische zorg

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

- 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):

- (Ortho)Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

20 Reis- en verblijfskosten

A Reiskosten in verband met bezoek aan een 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 revalidatieinstelling 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 één bezoek per dag;
- Het aantal kilometers wordt bepaald door middel van een door verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

B Verblijfskosten logeerhuizen

1 Bezoekend gezinslid

Vergoeding:

- Maximaal € 150 per opgenomen gezinslid per kalenderjaar voor het verblijf van een bezoekend gezinslid in een aan een ziekenhuis verbonden logeer- of gasthuis (o.a. Ronald Mc Donald huis, het familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis en het Kiwanishuis).

Voorwaarde(n):

- Het betreft een logeer- of gasthuis in de directe nabijheid van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt;
- Het opgenomen gezinslid is bij verzekeraar verzekerd;
- Het opgenomen gezinslid dient de nota, van de verblijfskosten van het bezoekend gezinslid, in bij verzekeraar.

Uitsluiting(en):

- Kosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos.

2 Verblijf verzekerde

Vergoeding:

- De kosten van verblijf in een logeer- of gasthuis (o.a. het Gasthuis

van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis) tot maximaal € 350 per verzekerde 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;
- Het logeerhuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met een ziekenhuis in Nederland of een gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland.

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.

Uitsluiting(en):

- Second opinion in het kader van de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

22 Semen Invriezen

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Medische noodzaak (mannen bij wie door een operatieve ingreep (anti-kanker) therapie de spermaproductie beschadigd zou kunnen worden);
- Opslag in spermabank van een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Uitsluiting(en):

- Invriezen in verband met sterilisatie.

23 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- De kosten van consulten ten behoeve van onderzoek en advies bij sportblessures, tot een maximum van € 250 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Consulten en onderzoeken worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of een Sport Medische Instelling (SMI) die zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding;
- Keuringen;
- Cursussen.

24 Sterilisatie

A Mannelijke verzekerde

Vergoeding:

- De kosten van de ingreep, inclusief preoperatief onderzoek en post-operatief spermaonderzoek.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huisarts of medisch specialist of in een centrum/kliniek waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Hersteloperatie(s).

B Vrouwelijke verzekerde

Vergoeding:

- 100% tot maximaal het wettelijke tarief, zoals vastgesteld op grond van de Wmg.

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):

- Therapieën worden 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'.

26 Vakantie- en therapeutische kampen

Vergoeding:

- De kosten van verblijf in een vakantie- of therapeutische kamp tot maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is jonger dan 21 jaar;
- Het betreft:
 - Een vakantiecamp voor kinderen met een aangeboren of op jonge leeftijd verworven hartafwijking en onder behandeling is van een (kinder)cardioloog georganiseerd door de Nederlandse Hartstichting (Hartenark in Bilthoven);
 - Een vakantiecamp voor kinderen met obesitas georganiseerd door Victory for life (Victory Camp) of Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kampen);
 - Een vakantiecamp voor kinderen met diabetes georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN);
 - Een vakantiecamp voor astmatische kinderen georganiseerd door Stichting de Luchtballon;
 - Een vakantiecamp voor kinderen met kanker georganiseerd door de Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen (SKOV);
 - Een therapeutisch kamp voor kinderen met eczeem georganiseerd door de Vereniging voor mensen met constitutioneel eczeem (VMCE) of Stichting De Luchtballon.

Uitsluiting(en):

- Vakantiekampen waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering of AWBZ;
- Reiskosten;
- Hulpmiddelen.

27 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 gezinlid;
- Kosten van vervoer van woonadres naar beginpunt van de vakantiereis en van eindpunt van de vakantiereis naar woonadres.

28 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 bij en georganiseerd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Bunnik (telefoon 030 659 09 70);
- Tijdens de vakantie van verzekerde die een thuiswonende gehandicapte (mede)verzekerde verzorgt dan wel verpleegt;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

29 Voedingspreparaten

Vergoeding:

- De kosten van dieetpreparaten, in drinkbare of poedervorm, tot een maximum van € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van levensbedreigende ernstige ondervoeding, of de effectiviteit van een noodzakelijk geachte behandeling is sterk verminderd als gevolg van ondergewicht;
- Op voorschrift van arts of diëtist;
- Geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Dieetpreparaten waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Babyvoeding (normale en/of speciale voeding);
- Aangepast voedsel (zoals glutenvrije producten).

30 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;
- Indien van toepassing het inbrengen van het voorbehoedsmiddel.

Voorwaarde(n):

- 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;
- Het voorbehoedsmiddel is geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- Het inbrengen van het voorbehoedsmiddel wordt uitgevoerd door:
 - Een huisarts, vergoeding ten hoogste € 51;
 - Een specialist in het ziekenhuis, vergoeding op basis van de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg (dit is inclusief het voorbehoedsmiddel);
 - Een arts in een andere instelling dan een ziekenhuis, waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Kosten voor het verkrijgen van herhaalrecepten bij de arts.

31 Voorzetkamers voor dosis-aerosolen bij luchtwegaandoeningen

Vergoeding:

- Maximaal 2 voorzetkamers per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Voorzetkamers indien deze zijn inbegrepen bij de kosten van aerosolen.

32 Vruchtbaarheidsbehandelingen

Geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid

Vergoeding:

- De kosten van medicatie bij de behandeling van de verminderde vruchtbaarheid van mannelijke verzekerde;
- De kosten van medicatie bij Intra Uterine Inseminatie (IUI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De kosten van medicatie bij Ovulatie Inductie (OI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De kosten van medicatie bij Kunstmatige inseminatie (KI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De eigen bijdrage die op grond van het GVS is verschuldigd voor urinaire gonadotrofines (Menopur®).

Voorwaarde(n):

- Er is een medische indicatie die is vastgesteld door de behandelend medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Is, na voorafgaande vruchtbaarheidsbehandelingen en 3 In Vitro Fertilisatie (IVF) of Intracytoplasmatische Sperma-injectie (ICSI)-behandelingen, geen zwangerschap tot stand gekomen, dan worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed;
- Behandeling van onvruchtbaarheid die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie);

- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het GVS met uitzondering van urinaire gonadotrofines (Menopur®);
- Medicatie waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Medicatie voor vruchtbaarheidsbehandelingen die in Nederland niet zijn toegestaan.

AANVULLENDE VERZEKERING CONFIOR ZORGETRA 4

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de aanvullende verzekering ZorgExtra 4 een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover op de Zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd - recht op de volgende verzekerde pres-taties:

1 Alternatieve (genees)middelen

Vergoeding:

- De kosten van homeopathische- en antroposofische middelen en voedingssupplementen tot maximaal € 1.000 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De homeopathische middelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Antroposofische middelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking;
- Voedingssupplementen zijn opgenomen in de Z-index prijslijst;
- De middelen zijn voorgeschreven door een arts;
- De middelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- De homeopathische en antroposofische middelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische middelen.

Uitsluiting(en):

- Alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, fytotherapeutische geneesmiddelen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische middelen.

2 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding:

- De gezamenlijke kosten voor consulten en behandelingen tot een maximum van € 1.000 per verzekerde per kalenderjaar, voor zover deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

Voorwaarde(n):

- Homeopathie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Organisatie van Klassieke Homeopaten (NOKH).
- Antroposofie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);

- Nederlandse Vereniging van Creatief Therapeuten (NVCT);
 - Nederlandse Vereniging voor Euritmie Therapie (NVET).
- Acupunctuur/Acupressuur
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging van Reflexzone Therapeuten (VNRT);
 - International Free University (IFU).
- Natuurlijke Geneeswijzen
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
 - Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Vereniging Additieve Genezers (VAG);
 - Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
 - Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC);
 - Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
 - Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
 - Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
 - Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke & Regulatietherapie (NVNR).
- Zorg voor Houding en Beweging
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN/NCA);
 - Nederlands Register voor Osteopathie (NRO);
 - Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)/Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS);
 - Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK).
- Alternatieve Psychologische Hulpverlening
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
- Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
 - Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
 - Nederlandse Beroepsvereniging Van Hypnotherapeuten (NBVH);
 - Nederlandse Gilde Van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
 - NFG- Vakgroep Psychosociaal en Maatschappelijk Werk (VPMW);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalt-therapeuten (NBGT);
 - Landelijke Vereniging voor Psychosociaal Werkenden (LVPW).
- Voetzorg
Voor podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie dient de zorgaanbieder een geregistreerde podotherapeut te zijn of als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP);
 - Het Omni Podo Genootschap (OPG);
 - Een register-podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP.

3 Bevallings en kraamzorg

A Bevallings 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 bevaling die plaatsvindt onder leiding van een verloskundige of huisarts, indien en voor zover 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 zwangerschap van verzekerde;
- Aanvraag via Servicelijn Kraamzorg van verzekeraar (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Geleverd door een door verzekeraar aangewezen leverancier;
- Aanmelding moet plaatsvinden uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap.

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

C Kraamzorg

Vergoeding:

- Eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is op grond van de Regeling zorgverzekering.

Voorwaarde(n):

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

D Kraamzorg na adoptie

Vergoeding:

- Maximaal 16 uur kraamzorg bij adoptie van één 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 (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Geadopteerd(e) kind(eren) is/zijn niet ouder dan 5 maanden.

E Kraamzorg na (couveuse)opname van (een) pasgeborene(n)

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 (telefoon 0900 202 50 03, lokaal tarief);
- Binnen 3 maanden na de bevalling.

F Meerlingenuitkering

Vergoeding:

- Uitkering ineens van € 230.

Voorwaarde(n):

- Inschrijving van de kinderen bij verzekeraar.

4 Buitenland

A Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning:

- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar 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 (telefoon +31 317 455 555).

B 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 200% van de in Nederland geldende tarieven.

Voorwaarde(n):

- Na voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- 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.

C 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 en deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

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 (telefoon +31 317 455 555).

Uitsluiting(en):

- Vergoeding van de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
- Reddingskosten.

D Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

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

E 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 (telefoon +31 317 455 555);
- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak tot 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.

5 Comfort bij ziekenhuisopname

Vergoeding:

- De huur/aansluitkosten van een televisie, telefoon en internet tot maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Bij ziekenhuisopname in een in Nederland gelegen ziekenhuis of een door verzekeraar gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland.

6 Dieetadvisering

Vergoeding:

- Maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De behandelingen zijn een vervolg op en maken onderdeel uit van de behandeling die vanuit de hoofdverzekering is gestart;
- Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

7 Farmaceutische zorg

Vergoeding:

- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het GVS tot een maximum van € 300 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.

8 Fysio- en oefentherapie Cesar en/of Mensendieck

Vergoeding:

- 100% van de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck per verzekerde per kalenderjaar.

A Fysiotherapie

De kosten van de volgende medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een (verbijzonderde) (fysio)therapeut:

- Fysiotherapie verleend door een (fysio)therapeut;
- Manuele therapie verleend door een manueel therapeut;
- Bekkentherapie verleend door een bekkentherapeut;
- Kinderfysiotherapie verleend door een kinderfysiotherapeut;
- Oedeemtherapie of manuele lymfedrainage verleend door een oedeemtherapeut of huidtherapeut;
- (Groeps)therapie voor een specifieke doelgroep bij een hiervoor gecontracteerde therapeut.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten), tenzij de fysiotherapeut in de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders als zijnde een direct toegankelijk fysiotherapeut (DTF) is opgenomen. Deze lijst is te raadplegen via de website van verzekeraar en wordt op verzoek toegezonden;
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

En/of

B Oefentherapie Cesar/Mensendieck

De kosten van medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten);
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

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

9 Gezondheids cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar;
- Voor vergoeding komen in aanmerking:
 - Cursussen georganiseerd door Thuiszorg, GGD, DGD, CGGZ, NISB;
 - 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 Herstel en Balans (Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker)

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Het betreft een nazorgprogramma voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen;
- Zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder met een licentie van Stichting Herstel en Balans;
- Vergoeding is niet mogelijk vanuit de hoofdverzekering.

11 Herstelingsoorden (niet-AWBZ erkend)

Vergoeding:

- Maximaal € 40 per dag per verzekerde voor verblijf in een herstellingsoord in Nederland, tot maximaal € 2.000 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Het herstellingsoord voldoet aan kwaliteitscriteria die verzekeraar vaststelt;
- Het herstellingsoord is goedgekeurd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

12 Hospice

Vergoeding:

- Maximaal € 35 van de eigen bijdrage per dag, voor verblijf in een hospice in Nederland, tot maximaal € 1.050 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- De instelling maakt aantoonbaar onderdeel uit van een regionaal netwerk voor Palliatieve Terminale Zorg (PTZ);
- Verzekerde is terminaal ziek en kan niet meer thuis verzorgd worden;
- Er is een indicatiestelling van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aanwezig;
- Verblijf vindt plaats in een high-care, low-care of kinderspice;
- Hospice wordt door verzekeraar als zodanig erkend.

13 Huidtherapieën

A Acnetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

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

B Camouflagemiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Geleverd door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist.

C Camouflagetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 250 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 de hals.

D Epilatie

Vergoeding:

- 75% tot maximaal € 1.500 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur voor de behandeling door middel van elektrische epilatie, laser of vergelijkbare behandelingen.

Voorwaarde(n):

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

E Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huidarts/dermatoloog;
- Behandeling door zorgaanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

F UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- De kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, voor de duur van de kuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis of vitiligo uitsluitend wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

14 Hulpmiddelen

A Alarmeringsapparatuur op sociale indicatie

Vergoeding:

- Een tegemoetkoming in de huurkosten van personenalarmeringsapparatuur van € 10 per maand.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen;
- Verzekerde kan geen aanspraak maken op personenalarmering 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. Nadat verzekerde een machtiging van de verzekeraar heeft ontvangen, dient verzekerde de declaratie maandelijks of gebundeld over meerdere maanden in bij verzekeraar. De declaratie dient vergezeld te gaan van de originele nota van de leverancier of ingeval van automatische overschrijving, een kopie van de giro-/bankafschriften.

Uitsluiting(en):

- Apparaat 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

Vergoeding:

- Verstrekking in bruikleen gedurende het 1^e levensjaar van het kind. Verlenging van het gebruik na het 1^e levensjaar is mogelijk tot en met het 2^e levensjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van risico op ernstige hartritmestoornissen en/of ernstige ademhalingsstoornissen;
- Bij de 1^e verstrekking en bij een verlenging van de gebruikperiode;

- op voorschrift van medisch specialist, waarbij uit de toelichting van de medisch specialist de medische noodzaak blijkt;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

C Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per glas/lens tot een maximum van € 200 per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Of

- Eenmaal per 2 kalenderjaren gebruik maken van één van de brilarrangementen die verzekeraar voor haar verzekerden is overeengekomen. De brilarrangementen maken deel uit van de verzekering en zijn te raadplegen via de website van verzekeraar en worden op verzoek toegezonden.

Voorwaarde(n):

- Bij gebruikmaking van een brilarrangement vindt het declaratieverkeer plaats rechtstreeks tussen leverancier en verzekeraar. Verzekerde dient zelf geen declaratie in.

Uitsluiting(en):

- Zonnebrillen, gekleurde glazen/lenzen, montuur.

D Diabetes-start-pakket

Vergoeding:

- Eenmalig per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur een door verzekeraar verstrekt diabetes-start-pakket met daarin een bloedglucosemeter en een prikpen;
- Eenmaal per verzekerde per kalenderjaar 50 diabetes teststrips;
- Eenmaal per verzekerde per kalenderjaar 50 lancetten.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige;
- Verzekerde lijdt aan Diabetes Mellitus Type II;
- Verzekerde moet lid zijn van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN);
- Het diabetes-start-pakket wordt geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

E Hoortoestellen

Vergoeding:

- Het verschil tussen de aanschafprijs van een hoortoestel en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 500 per hoortoestel.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor een hoortoestel;
- Verzekerde dient een originele nota en (een kopie van het) 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, schoonmaaksetjes en het onderhoudscontract.

F Orthopedisch schoeisel

Vergoeding:

- Maximaal € 150 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 (kopie van de) 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.

G Orthopedische steunzolen

Vergoeding:

- De kosten van maximaal 2 zolen tot een maximum van € 200 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.

H Plaswekker

Vergoeding:

- Verstrekking in eigendom, eenmalig gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- Op aanvraag van huisarts, medisch specialist of specialistisch verpleegkundige;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Verzekerde is 7 jaar of ouder.

I Pruiken

Vergoeding:

- Het verschil tussen de aanschafprijs van een pruik en de vergoeding op grond van de Regeling zorgverzekering tot een maximum van € 500 per pruik.

Voorwaarde(n):

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

J Softbraces/spalken

Vergoeding:

- De aanschafkosten tot een maximum van € 60 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Verzekerde kan geen aanspraak maken op een softbrace of spalk vanuit de hoofdverzekering of andere wettelijke regelingen.

Uitsluiting(en):

- Geen vergoeding vindt plaats indien softbrace of spalk wordt voorgeschreven voor of na een operatieve ingreep.

K Steunpessarium

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

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

15 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):

- Eén 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 zorgaanbieder.

Uitsluiting(en):

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

16 Kuurreizen

A 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):

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

Of

B Groepskuurreis-psoriasis

Vergoeding:

- De kosten van vervoer, verblijf en behandeling voor een groepskuurreis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator tot een maximum van € 2.150 per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

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

Of

C Individuele kuurreizen

Vergoeding:

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

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan 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.

17 Ooglaserbehandeling (refractiechirurgie)

Vergoeding:

- Maximaal € 500 per oog tot een maximum van € 1.000 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- Uitgevoerd door een door verzekeraar erkende instelling/zorgaanbieder.

18 Overgangsconsulent

Vergoeding:

- Maximaal € 110 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

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

19 Patiëntenverenigingen

A Cursussen

Vergoeding:

- Maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De cursus is georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten is bij de NPCF;
- De cursus is gericht op het verbeteren van de eigen leefgewoonten of op verzorging van anderen.

B Lidmaatschappen

Vergoeding:

- Maximaal € 25 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De patiëntenvereniging is lid van of aangesloten bij de NPCF.

C Therapieën

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De therapie is georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten is bij de NPCF.

Uitsluiting(en):

- Sportactiviteiten.

20 Pedicurezorg

Vergoeding:

- Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of diabetes mellitus en heeft dreigende voetproblemen;
- De pedicure moet - afhankelijk van de aandoening van verzekerde -

- met de aantekening 'Diabetische voet' of 'Reumatische voet' geregistreerd staan bij of voldoen aan de betreffende kwaliteitscriteria van de Landelijke organisatie voor de Voetverzorger/Pedicure (ProVoet);
- Verwijzing van huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige.

21 Plastische chirurgie

Vergoeding:

- De kosten voor de volgende chirurgische ingrepen:
 - Correctie van de bovenoogleden tot maximaal € 500 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur;
 - Correctie van de buikwand tot maximaal € 1.000 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur;
 - Correctie van de oorstand bij flaporen tot maximaal € 500 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde(n):

- Op grond van de hoofdverzekering bestaat geen aanspraak op een vergoeding voor genoemde ingrepen;
- Verricht door een medisch specialist.

22 Preventie

A Algemene Check-up

Vergoeding:

- De kosten van een algemene check-up, eenmaal per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Voorwaarde(n):

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

Uitsluiting(en):

- Onderzoeken in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo).

B Griepvaccinatie voor niet-risicogroepen

Vergoeding:

- De kosten van het griepvaccin en het toedienen van het vaccin.

Voorwaarde(n):

- Het vaccin wordt toegediend door een huisarts.

C Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- Maximaal € 125 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van:
 - Vaccins en het vaccineren tegen (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen;
 - Preventieve geneesmiddelen tegen malaria.

Voorwaarde(n):

- Toediening door een arts die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en ingeval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

23 Psychologische zorg

Vergoeding:

- De kosten tot een maximum van € 750 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- 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):

- (Ortho)Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

24 Reis- en verblijfskosten

A Reiskosten in verband met bezoek aan een 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 één bezoek per dag;
- Het aantal kilometers wordt bepaald door middel van een door verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

B Verblijfskosten logeerhuizen

1 Bezoekend gezinslid

Vergoeding:

- Maximaal € 150 per opgenomen gezinslid per kalenderjaar voor verblijf van een bezoekend gezinslid in een aan een ziekenhuis verbonden logeer- of gasthuis (o.a. Ronald Mc Donald huis, het familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis en het Kiwanishuis).

Voorwaarde(n):

- Het betreft een logeer- of gasthuis in de directe nabijheid van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt;
- Het opgenomen gezinslid is bij verzekeraar verzekerd;
- Het opgenomen gezinslid dient de nota, van de verblijfskosten van het bezoekend gezinslid, in bij verzekeraar.

Uitsluiting(en):

- Kosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos.

2 Verblijf verzekerde

Vergoeding:

- De kosten van verblijf in een logeer- of gasthuis (o.a. het Gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis) tot maximaal € 350 per verzekerde 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;
- Het logeerhuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met een ziekenhuis in Nederland of een gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland.

25 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.

Uitsluiting(en):

- Second opinion in het kader van de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

26 Semen Invriezen

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Medische noodzaak (mannen bij wie door een operatieve ingreep of (anti-kanker) therapie de spermaproductie beschadigd zou kunnen worden);
- Opslag in spermabank van een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Uitsluiting(en):

- Invriezen in verband met sterilisatie.

27 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- Maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Het betreft:
 - Consulten ten behoeve van onderzoek en advies bij sportblessures;

- Sportkeuringen.

- Consulten, onderzoeken en sportkeuringen worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of een Sport Medische Instelling (SMI) die zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding;
- Cursussen.

28 Sterilisatie

A Mannelijke verzekerde

Vergoeding:

- De kosten van de ingreep, inclusief preoperatief onderzoek en postoperatief spermaonderzoek.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huisarts of medisch specialist of in een centrum/kliniek waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Hersteloperatie(s).

B Vrouwelijke verzekerde

Vergoeding:

- 100% tot maximaal het wettelijke tarief, zoals vastgesteld op grond van de Wmg.

Voorwaarde(n):

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

Uitsluiting(en):

- Hersteloperatie(s).

29 Stottertherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 700 per verzekerde per kalenderjaar voor stottertherapieën;

Voorwaarde(n):

- Therapieën worden 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'.

30 Vakantie- en therapeutische kampen

Vergoeding:

- De kosten van verblijf in een vakantie- of therapeutische kamp tot maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is jonger dan 21 jaar;
- Het betreft:
 - Een vakantiecamp voor kinderen met een aangeboren of op jonge leeftijd verworven hartafwijking en onder behandeling is van een (kinder)cardioloog georganiseerd door de Nederlandse Hartstichting (Hartenark in Bilthoven);
 - Een vakantiecamp voor kinderen met obesitas georganiseerd door Victory for life (Victory Camp) of Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kampen);
 - Een vakantiecamp voor kinderen met diabetes georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN);
 - Een vakantiecamp voor astmatische kinderen georganiseerd door Stichting de Luchtballon;
 - Een vakantiecamp voor kinderen met kanker georganiseerd door de Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen (SKOV);
 - Een therapeutisch kamp voor kinderen met eczeem georganiseerd door de Vereniging voor mensen met constitutioneel eczeem (VMCE) of Stichting De Luchtballon.

Uitsluiting(en):

- Vakantiecampen waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering of AWBZ;
- Reiskosten;
- Hulpmiddelen.

31 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 vakantie-reizen 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 vakantie-reis en van eindpunt van de vakantie-reis naar woonadres.

32 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 bij een georganiseerd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Bunnik (telefoon (030) 659 09 70);
- Tijdens de vakantie van verzekerde die een thuiswonende gehandicapte (mede)verzekerde verzorgt dan wel verpleegt;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar.

33 Voedingspreparaten

Vergoeding:

- De kosten van dieetpreparaten, in drinkbare of poedervorm, tot een maximum van € 150 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van levensbedreigende ernstige ondervoeding, of de effectiviteit van een noodzakelijk geachte behandeling is sterk verminderd als gevolg van ondergewicht;
- Op voorschrift van arts of diëtist;
- Geleverd door een apotheek, apotheekhoudend huisarts of een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Dieetpreparaten waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Babyvoeding (normale en/of speciale voeding);
- Aangepast voedsel (zoals glutenvrije producten).

34 Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)

Vergoeding:

- De kosten van de volgende anticonceptiva:
 - Anticonceptiepil;
 - Hormoonhoudende vaginale ring;
 - Anticonceptie per injectie;
 - Anticonceptie per implantatie;
 - Koperhoudend spiraaltje;
 - Pessarium;
 - Hormoonhoudend spiraaltje.
- Indien van toepassing het inbrengen van het voorbehoedsmiddel.

Voorwaarde(n):

- 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;
- Het voorbehoedsmiddel is geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- Het inbrengen van het voorbehoedsmiddel wordt uitgevoerd door:
 - Een huisarts, vergoeding ten hoogste € 51;
 - Een specialist in het ziekenhuis, vergoeding op basis van de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg (dit is inclusief het voorbehoedsmiddel);
 - Een arts in een andere instelling dan een ziekenhuis, waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Kosten voor het verkrijgen van herhaalrecepten bij de arts.

35 Voorzetkamers voor dosis-aerosolen bij luchtwegaandoeningen

Vergoeding:

- Maximaal 2 voorzetkamers per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Voorzetkamers indien deze zijn inbegrepen bij de kosten van aerosolen.

36 Vruchtbaarheidsbehandelingen

Geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid

Vergoeding:

- De kosten van medicatie bij de behandeling van de verminderde vruchtbaarheid van mannelijke verzekerde;
- De kosten van medicatie bij Intra Uterine Inseminatie (IUI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De kosten van medicatie bij Ovulatie Inductie (OI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De kosten van medicatie bij Kunstmatige inseminatie (KI) tot een maximum van 6 pogingen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden;
- De eigen bijdrage die op grond van het GVS is verschuldigd voor urinaire gonadotrofines (Menopur®).

Voorwaarde(n):

- Er is een medische indicatie die is vastgesteld door de behandelend medisch specialist;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Medicijnen (waaronder hormoonpreparaten) worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Uitsluiting(en):

- Is, na voorafgaande vruchtbaarheidsbehandelingen en 3 In Vitro Fertilisatie (IVF) of Intracytoplasmatische Sperma-injectie (ICSI)-behandelingen, geen zwangerschap tot stand gekomen, dan worden eventuele vervolgbehandelingen en medicatie niet vergoed;
- Behandeling van onvruchtbaarheid die is ontstaan na een kunstmatig verkregen steriliteit (een vrijwillig ondergane sterilisatie);
- De eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het GVS met uitzondering van urinaire gonadotrofines (Menopur®);
- Medicatie waarvoor vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Medicatie voor vruchtbaarheidsbehandelingen die in Nederland niet zijn toegestaan.

AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING CONFIOR TANDZORGEXTRA

Aanvullende voorwaarden voor alle versies van de Confior TandZorgExtra.

Naast de Algemene Verzekeringsvoorwaarden zijn de volgende Aanvullende voorwaarden 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 hiertoe een medische noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts, orthodontist, gecontracteerde tandprotheticus of gecontracteerde mondhygiënist.
- 3 Tenzij anders is vermeld, sluiten de omschrijvingen aan bij de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg, voor tandartsen en orthodontisten. De procentuele vergoeding is gebaseerd op de wettelijke 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 voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de polisvoorwaarden. De volgende (groepen van) verrichtingen komen - zo nodig na verwijzing door de tandarts - voor vergoeding in aanmerking: consulten, preventieve behandelingen, anesthesie, röntgenfoto's, vullingen en parodontale behandelingen. Tariefsafspraken hierover 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.

AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING CONFIOR TANDZORGEXTRA 1

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en de aanvullende voorwaarden voor alle aanvullende tandartsverzekeringen, waarvan de TandZorgExtra 1 een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover 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	
Per kalenderjaar worden maximaal 3 consulten per verzekerde vergoed.	
C11 Periodiek preventief onderzoek, 1 ^e in kalenderjaar	75%
C12 2e en volgend periodiek preventief onderhoud	75%
C13 Incidenteel consult	75%
B Preventieve behandelingen	
M50 Tandsteenverwijdering gering, éénmaal per kalenderjaar	75%
of	
M55 Tandsteenverwijdering normaal, éénmaal per kalenderjaar	75%
of	
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 (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 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	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	25%
P45	Noodprothese	25%
Vergoeding vindt plaats mits de hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort. De aanvulling van 25% op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering zal nooit meer bedragen dan eënderde van het bedrag waarop vanuit de hoofdverzekering recht bestaat.		
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element	50%
P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, inclusief techniekkosten	€ 50
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, inclusief techniekkosten	€ 80
P16	Individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, inclusief techniekkosten	50%
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 30
P52	Rebasen, indirect met randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 30
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 30
P54	Rebasen, direct met randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 30
Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.		
P57	Reparatie prothese zonder afdruk, inclusief techniekkosten	€ 23
P58	Reparatie prothese met afdruk, inclusief techniekkosten	€ 35
P78	Uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese inclusief afdruk	25%
P79	Uitbreiding prothese met element of anker, inclusief techniekkosten	€ 35
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 CONFIOR TANDZORGETRA 2

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en de Aanvullende voorwaarden voor alle aanvullende tandartsverzekeringen, waarvan de TandZorgExtra 2 een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover 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
Per kalenderjaar worden maximaal 3 consulten per verzekerde vergoed.

C11	Periodiek preventief onderzoek, 1 ^e in kalenderjaar	75%
C12	2e en volgend periodiek preventief onderhoud	75%
C13	Incidenteel consult	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	75%
of		
M55	Tandsteenverwijdering normaal, tweemaal per kalenderjaar	75%
of		
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, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts. Per kalenderjaar komen maximaal 3 gebitselementen per verzekerde voor vergoeding in aan-

merking voor onderstaande R-codes:			
R20	Gegoten metalen kroon, inclusief techniekkosten	€ 125	
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharvenster, inclusief techniekkosten	€ 125	
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie, inclusief techniekkosten	€ 125	
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie, inclusief techniekkosten	€ 125	
R08	1-vlaks inlay composiet, inclusief techniekkosten	€ 110	
R11	1-vlaks inlay, inclusief techniekkosten	€ 110	
R09	2-vlaks inlay composiet, inclusief techniekkosten	€ 110	
R12	2-vlaks inlay, inclusief techniekkosten	€ 110	
R10	3-vlaks inlay composiet, inclusief techniekkosten	€ 110	
R13	3-vlaks inlay, inclusief techniekkosten	€ 110	
R40	Eerste dummy, inclusief techniekkosten	€ 125	
R45	Volgende dummy, inclusief techniekkosten	€ 125	
R60	Etsbrug zonder preparatie, inclusief techniekkosten	€ 125	
R61	Etsbrug met preparatie, inclusief techniekkosten	€ 125	
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel, inclusief techniekkosten	€ 20	
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee, inclusief techniekkosten	€ 20	
R78	Labiale veneering zonder preparatie, inclusief techniekkosten	€ 110	
R79	Labiale veneering met preparatie, inclusief techniekkosten	€ 110	
P31	Wortelkap met stift (alleen in combinatie met P21, P25 of P30), inclusief techniekkosten	€ 125	
P32	Extra per precisieverankering c.q. per staafhuls (alleen in combinatie met P21, P25 of P30), inclusief techniekkosten	€ 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 verstrekken.		
P00	Techniekkosten betreffende P21, P25 en P30	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	25%	
P45	Noodprothese	25%	
	Vergoeding vindt plaats mits de hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort. De aanvulling van 25% op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering zal nooit meer bedragen dan éénderde van het bedrag waarop vanuit de hoofdverzekering recht bestaat.		
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element	100%	
P10	Partiële kunstharprothese 1-4 elementen, inclusief techniekkosten	€ 90	
P15	Partiële kunstharprothese 5-13 elementen, inclusief techniekkosten	€ 165	
P16	Individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, inclusief 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, inclusief techniekkosten	€ 50	
P52	Rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 90	
P53	Rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 65	
P54	Rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 90	
	Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.		
P57	Reparatie prothese zonder afdruk, inclusief techniekkosten	€ 30	
P58	Reparatie prothese met afdruk, inclusief techniekkosten	€ 55	
P78	Uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese inclusief afdruk	25%	
P79	Uitbreiding prothese met element of anker, inclusief techniekkosten	€ 55	
	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 parodontium status	50%	
T76	Tuber- of retromolaar plastiek	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, zo nodig na schriftelijke verwijzing door een tandarts.		
	De volgende verrichtingen, niet vallend onder het parodontologieprotocol, komen voor vergoeding in aanmerking:		
T81	Tuber- of retromolaar plastiek	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 wettelijke 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 evaluevaluatie van de behandeling binnen anderhalf jaar plaats te vinden. Een deel van de behandeling kan 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 ééemaal vergoed gedurende de tota-		

le verzekeringsduur. Dat kan ook voldoende zijn want na het doorlopen van het protocol is uw tandvles 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 tandvlesprobleem 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 tandvles. 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 2 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 tandvlesbehandelingen, die door tandartsen en mondhygiënist op hun nota's gebruikt worden.

2 Tandheelkundig hulp voor verzekerden tot 18 jaar

A Orthodontie door tandarts

1 Consultatie	
D61 Eerste consult	100%
D62 Vervolgconsult	100%
D54 Controlebezoek	100%
2 Gebitsmodellen en Röntgendiagnostiek	
D02 Gebitsmodellen	100%
D03 Vervaardiging orthopantomogram	100%
D04 Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	100%
D05 Vervaardiging voor- achterwaartse schedelröntgenfoto	100%
D06 Intra-orale röntgenfoto (3 x 4 cm.)	100%
D07 Occlusale opbeet röntgenfoto	100%
D08 Extra-orale röntgenfoto	100%
D09 Röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	100%
D11 Beoordeling gebitsmodellen	100%
D13 Beoordeling orthopantomogram	100%
D14 Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	100%
D15 Beoordeling voor- achterwaartse schedelröntgenfoto	100%
3 Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur	
D21 Aanvangstoelage uitneembare apparatuur	100%
D22 Overgangstoelage van uitneembaar naar partieel vast	100%
D23 Overgangstoelage van uitneembaar naar volledig vast	100%
D24 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	50%
D25 Behandelingsmaandtarief 25 ^e behandelingsmaand en volgende maanden	50%
4 Behandeling met partieel vaste apparatuur	
D31 Aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	100%
D32 Overgangstoelage van partieel vast naar volledig vast	100%
D33 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	50%
D34 Behandelingsmaandtarief 25 ^e behandelingsmaand en volgende maanden	50%

5 Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak	
D41 Aanvangstoelage volledige vaste apparatuur	100%
D42 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	50%
D43 Behandelingsmaandtarief 25 ^e behandelingsmaand en volgende maanden	50%
6 Diversen	
D53 Behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)	100%
7 Chirurgie (inclusief anesthesie)	
D57 Extractie, per element	100%
D58 Fiberotomie, per element	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 opbeetröntgenfoto	100%
221112 Extra-orale röntgenfoto (13 x 18 cm)	100%
221113 Röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	100%
221114 Vervaardiging orthopantomogram	100%
221115 Beoordeling orthopantomogram	100%
221116 Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	100%
221117 Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	100%
221118 Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgen foto	100%
221119 Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	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 24 ^e behandelingsmaand	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 24 ^e behandelingsmaand	50%
5 Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak	
221150 Aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	100%
221153 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	50%
6 Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur	
221163 Behandelingsmaandtarief 25 ^e 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 CONFIOOR TANDZORGEXTRA 3

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden en de Aanvullende voorwaarden voor alle aanvullende tandartsverzekeringen, waarvan de TandZorgExtra 3 een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover 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

Per kalenderjaar worden maximaal 3 consulten per verzekerde vergoed.

C11 Periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar	100%
C12 Tweede en volgend periodiek preventief onderhoud	100%
C13 Incidenteel consult	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	100%
of	
M55 Tandsteenverwijdering normaal, tweemaal per kalenderjaar	100%
of	
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 Gecomplieerde extractie zonder mucoperiostale opklap	100%
H35 Gecomplieerde 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 Voorbereiding praktijkruimte t.b.v. chirurgische verrichtingen	100%

H Kroon- en brugwerk

Verzekerde heeft recht op onderstaande vergoedingen, indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts. Per kalenderjaar komen maximaal 3 gebitselementen per verzekerde voor vergoeding in aanmerking:

R20 Gegoten metalen kroon, inclusief techniekkosten	€ 200
R25 Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharvenster, inclusief techniekkosten	€ 200
R26 Jacketkroon met schouderpreparatie, inclusief techniekkosten	€ 200
R27 Jacketkroon zonder schouderpreparatie, inclusief techniekkosten	€ 200
R28 Endokroon, indien direct vervaardigd	100%
R08 1-vlaks inlay composiet, inclusief techniekkosten	€ 125
R11 1-vlaks inlay, inclusief techniekkosten	€ 125
R09 2-vlaks inlay composiet, inclusief techniekkosten	€ 125
R12 2-vlaks inlay, inclusief techniekkosten	€ 125
R10 3-vlaks inlay composiet, inclusief techniekkosten	€ 125
R13 3-vlaks inlay, inclusief techniekkosten	€ 125
R31 Opbouw plastisch materiaal	€ 25
R32 Gegoten opbouw indirecte methode, inclusief techniekkosten	€ 75
R33 Gegoten opbouw directe methode, inclusief techniekkosten	€ 75
R40 Eerste dummy, inclusief techniekkosten	€ 200
R45 Volgende dummy, inclusief techniekkosten	€ 200

R60	Etsbrug zonder preparatie, inclusief techniekkosten	€ 200
R61	Etsbrug met preparatie, inclusief techniekkosten	€ 200
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel, inclusief techniekkosten	€ 20
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee, inclusief techniekkosten	€ 20
R78	Labiale veneering zonder preparatie, inclusief techniekkosten	€ 125
R79	Labiale veneering met preparatie, inclusief techniekkosten	€ 125
P31	Wortelkap met stift (alleen in combinatie met P21, P25 of P30), inclusief techniekkosten	€ 200
P32	Extra per precisieverankering c.q. per staaftuls (alleen in combinatie met P21, P25 of P30), inclusief techniekkosten	€ 125
I Prothetische voorzieningen		
Verzekerde kan aanspraak maken op maximaal 3 prothesen, waarbij tussen het aanmeten van de 2° en 3° prothese tenminste 8 jaren dienen te zijn verstreken.		
P00	Techniekkosten betreffende P21, P25 en P30	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	25%
P45	Noodprothese	25%
Vergoeding vindt plaats mits de hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort. De aanvulling van 25% op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering zal nooit meer bedragen dan eënderde van het bedrag waarop vanuit de hoofdverzekering recht bestaat.		
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element	100%
P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, inclusief techniekkosten	€ 90
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, inclusief techniekkosten	€ 165
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, inclusief techniekkosten	€ 50
P52	Rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 90
P53	Rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 65
P54	Rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw, inclusief techniekkosten	€ 90
Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.		
P57	Reparatie prothese zonder afdruk, inclusief techniekkosten	€ 30
P58	Reparatie prothese met afdruk, inclusief techniekkosten	€ 55
P78	Uitbreiding partiële prothese met element(en) tot volledige prothese inclusief afdruk	25%
P79	Uitbreiding prothese met element of anker, inclusief techniekkosten	€ 55
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 één per kalenderjaar. 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%
T31	Herbeoordeling met pocketstatus	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 plastic	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 bovenomschreven voorwaarden, worden uitgevoerd door een door verzekeraar gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist, zo nodig na schriftelijke verwijzing door een tandarts.		

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

T81	Tuber- of retromolaar plastic	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 wettelijke 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. Een deel van de behandeling kan 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 wordt er door verzekeraar maximaal één per kalenderjaar 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 één consult nazorg per kalenderjaar wordt vergoed.		
* T-codes zijn codes voor tandvleesbehandelingen, die door tandartsen en mondhygiënist op hun nota's gebruikt worden.			
K	Orthodontie voor verzekerde van 18 jaar en ouder: Onderstaande orthodontiebehandelingen verricht door tandarts of orthodontist worden gezamenlijk vergoed tot maximaal € 1.500 gedurende de gehele verzekeringsduur.		
Orthodontie door tandarts			
1	Consultatie		
	D61 Eerste consult	100%	
	D62 Vervolgconsult	100%	
	D54 Controlebezoek	100%	
2	Gebitsmodellen en Röntgendiagnostiek		
	D02 Gebitsmodellen	100%	
	D03 Vervaardiging orthopantomogram	100%	
	D04 Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	100%	
	D05 Vervaardiging voor- achterwaartse schedelröntgenfoto	100%	
	D06 Intra-orale röntgenfoto (3 x 4 cm.)	100%	
	D07 Occlusale opbeet röntgenfoto	100%	
	D08 Extra-orale röntgenfoto	100%	
	D09 Röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	100%	
	D11 Beoordeling gebitsmodellen	100%	
	D13 Beoordeling orthopantomogram	100%	
	D14 Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	100%	
	D15 Beoordeling voor- achterwaartse schedelröntgenfoto	100%	
3	Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur		
	D21 Aanvangstoelag uitneembare apparatuur	100%	
	D22 Overgangstoelag van uitneembaar naar partieel vast	100%	
	D23 Overgangstoelag van uitneembaar naar volledig vast	100%	
	D24 Behandelingsmaandtarief t/m 24° behandelingsmaand	100%	
	D25 Behandelingsmaandtarief 25° behandelingsmaand en volgende maanden	100%	
4	Behandeling met partieel vaste apparatuur		
	D31 Aanvangstoelag partieel vaste apparatuur	100%	
	D32 Overgangstoelag van partieel vast naar volledig vast	100%	
	D33 Behandelingsmaandtarief t/m 24° behandelingsmaand	100%	
	D34 Behandelingsmaandtarief 25° behandelingsmaand en volgende maanden	100%	
5	Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak		
	D41 Aanvangstoelag volledige vaste apparatuur	100%	
	D42 Behandelingsmaandtarief t/m 24° behandelingsmaand	100%	
	D43 Behandelingsmaandtarief 25° behandelingsmaand en volgende maanden	100%	
6	Diversen		
	D53 Behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)	100%	
7	Chirurgie (inclusief anesthesie)		
	D57 Extractie, per element	100%	
	D58 Fiberotomie, per element	100%	
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 opbeetröntgenfoto	100%	
	221112 Extra-orale röntgenfoto (13 x 18 cm)	100%	
	221113 Röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	100%	
	221114 Vervaardiging orthopantomogram	100%	
	221115 Beoordeling orthopantomogram	100%	
	221116 Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	100%	
	221117 Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	100%	
	221118 Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	100%	
	221119 Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	100%	
3	Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur		
	221130 Aanvangstoelag uitneembare apparatuur	100%	
	221131 Overgangstoelag uitneembaar naar partieel vast	100%	
	221132 Overgangstoelag uitneembaar naar volledig vast	100%	
	221133 Behandelingsmaandtarief t/m 24° behandelingsmaand	100%	
4	Behandeling met partieel vaste apparatuur		
	221140 Aanvangstoelag partieel vaste apparatuur	100%	
	221141 Overgangstoelag partieel vast naar volledig vast	100%	
	221143 Behandelingsmaandtarief t/m 24° behandelingsmaand	100%	
5	Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak		
	221150 Aanvangstoelag volledig vaste apparatuur	100%	
	221153 Behandelingsmaandtarief t/m 24° behandelingsmaand	100%	
6	Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur		
	221163 Behandelingsmaandtarief 25° maand en volgende	100%	
	221171 Behandeling m.b.v. eenvoudige apparatuur	100%	
7	Diversen		
	221183 Extractie per element	100%	
	221184 Fiberotomie per element	100%	
L	Orale implantologie (ten behoeve van kroon- en brugwerk)		
1	Tandarts		
Onderstaande verrichtingen zijn exclusief techniek- en materiaalkosten. Per kalenderjaar komen maximaal 2 implantaten per verzekerde voor vergoeding in aanmerking.			
	I10 Implantatieplanning, eenmaal per kalenderjaar	100%	
	I13 Eerste implantaat	100%	
	I14 Elk volgend implantaat in dezelfde kaak	100%	
	I15 Plaatsing permucosale opbouw bij 2-fasen implantologiesysteem, tweemaal per kalenderjaar	100%	
	I50 Controlebezoek implantologie, eenmaal per kalenderjaar	100%	
	I60 Voorbereiding praktijkruimte ten behoeve van implantologie, eenmaal per kalenderjaar	100%	
	I30 Mucoperiostale opklap eenvoudig, per sextant, eenmaal per kalenderjaar	100%	
	I31 Mucoperiostale opklap gecompliceerd, per sextant, eenmaal per kalenderjaar	100%	
2	Kaakchirurg		
Onderstaande verrichtingen zijn exclusief materiaal- en overige kosten. Per kalenderjaar komen maximaal 2 implantaten per verzekerde voor vergoeding in aanmerking.			
	238045 Plaatsen van eerste permucosale implantaat (per kaak)	100%	
	238046 Elk volgend implantaat	100%	

238047	Vrijleggen van implantaat/implantaten; in geval van twee fasen: de tweede fase (per kaak), eenmaal per kalenderjaar	100%		
2	Tandheelkundig hulp voor verzekerden tot 18 jaar			
A	Orthodontie door tandarts			
1	Consultatie			
	D61 Eerste consult	100%		
	D62 Vervolgconsult	100%		
	D54 Controlebezoek	100%		
2	Gebitsmodellen en Röntgendiagnostiek			
	D02 Gebitsmodellen	100%		
	D03 Vervaardiging orthopantomogram	100%		
	D04 Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	100%		
	D05 Vervaardiging voor- achterwaartse schedelröntgenfoto	100%		
	D06 Intra-orale röntgenfoto (3 x 4 cm.)	100%		
	D07 Occlusale opbeet röntgenfoto	100%		
	D08 Extra-orale röntgenfoto	100%		
	D09 Röntgenonderzoek door middel van hand/pols-foto's	100%		
	D11 Beoordeling gebitsmodellen	100%		
	D13 Beoordeling orthopantomogram	100%		
	D14 Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	100%		
	D15 Beoordeling voor- achterwaartse schedelröntgenfoto	100%		
3	Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur			
	D21 Aanvangstoeslag uitneembare apparatuur	100%		
	D22 Overgangstoeslag van uitneembaar naar partieel vast	100%		
	D23 Overgangstoeslag van uitneembaar naar volledig vast	100%		
	D24 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	100%		
	D25 Behandelingsmaandtarief 25 ^e behandelingsmaand en volgende maanden	100%		
4	Behandeling met partieel vaste apparatuur			
	D31 Aanvangstoeslag partieel vaste apparatuur	100%		
	D32 Overgangstoeslag van partieel vast naar volledig vast	100%		
	D33 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	100%		
	D34 Behandelingsmaandtarief 25 ^e behandelingsmaand en volgende maanden	100%		
5	Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak			
	D41 Aanvangstoeslag volledige vaste apparatuur	100%		
	D42 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	100%		
	D43 Behandelingsmaandtarief 25 ^e behandelingsmaand en volgende maanden	100%		
6	Diversen			
	D53 Behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)	100%		
7	Chirurgie (inclusief anesthesie)			
	D57 Extractie, per element	100%		
	D58 Fiberotomie, per element	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 opbeetröntgenfoto	100%		
	221112 Extra-orale röntgenfoto (13 x 18) cm	100%		
	221113 Röntgenonderzoek door middel van hand/polsfoto's	100%		
	221114 Vervaardiging orthopantomogram	100%		
	221115 Beoordeling orthopantomogram	100%		
	221116 Vervaardiging laterale schedelröntgenfoto	100%		
	221117 Beoordeling laterale schedelröntgenfoto	100%		
	221118 Vervaardiging voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	100%		
	221119 Beoordeling voor-achterwaartse schedelröntgenfoto	100%		
3	Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur			
	221130 Aanvangstoeslag uitneembare apparatuur	100%		
	221131 Overgangstoeslag uitneembaar naar partieel vast	100%		
	221132 Overgangstoeslag uitneembaar naar volledig vast	100%		
	221133 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	100%		
4	Behandeling met partieel vaste apparatuur			
	221140 Aanvangstoeslag partieel vaste apparatuur	100%		
	221141 Overgangstoeslag partieel vast naar volledig vast	100%		
	221143 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	100%		
5	Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak			
	221150 Aanvangstoeslag volledig vaste apparatuur	100%		
	221153 Behandelingsmaandtarief t/m 24 ^e behandelingsmaand	100%		
6	Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur			
	221163 Behandelingsmaandtarief 25 ^e maand en volgende	100%		
	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%		
D	Orale implantologie (ten behoeve van kroon- en brugwerk)			
1	Tandarts			
	Onderstaande verrichtingen zijn exclusief techniek- en materiaalkosten. Per kalenderjaar komen maximaal 2 implantaten per verzekerde voor vergoeding in aanmerking.			
	I10 Implantatieplanning, eenmaal per kalenderjaar	100%		
	I13 Eerste implantaat	100%		
	I14 Elk volgend implantaat in dezelfde kaak	100%		
	I15 Plaatsing permucosale opbouw bij 2-fasen implantologiesysteem, tweemaal per kalenderjaar	100%		
	I50 Controlebezoek implantologie, eenmaal per kalenderjaar	100%		
	I60 Voorbereiding praktijkruimte ten behoeve van implantologie, eenmaal per kalenderjaar	100%		
	I30 Mucoperiostale opklap eenvoudig, per sextant, eenmaal per kalenderjaar	100%		

I31	Mucoperiostale opklap gecompliceerd, per sextant, eenmaal per kalenderjaar	100%
2	Kaakchirurg	
	Onderstaande verrichtingen zijn exclusief materiaal- en overige kosten. Per kalenderjaar komen maximaal 2 implantaten per verzekerde voor vergoeding in aanmerking.	
238045	Plaatsen van eerste permucosale implantaat (per kaak)	100%
238046	Elk volgend implantaat	100%
238047	Vrijleggen van implantaat/implantaten; in geval van twee fasen: de tweede fase (per kaak), eenmaal per kalenderjaar	100%

Trefwoordenregister Aanvullende Verzekeringen

Algemene
verzekerings
voorwaarden

ZorgExtra 1

ZorgExtra 2

ZorgExtra 3

ZorgExtra 4

Artikelnummer binnen de voorwaarden:

A					
Acnetherapie			10a	11a	13a
Acupunctuur/accupressuur		2	2	2	2
Alarmcentrale	1	4a	4a	4a	4a
Alarmeringsapparatuur (personen-)	1			12a	14a
Algemene check-up (40 jaar en ouder)				18a	22a
Alternatieve (genees)middelen	1	1	1	1	1
Alternatieve geneeswijzen	1	2	2	2	2
Alternatieve zelfzorgmiddelen (uitsluiting)		1	1	1	1
Anticonceptiva			29	30	34
Antroposofisch arts, antroposofie	1	2	2	2	2
Antroposofische middelen		1	1	1	1
Apotheekhoudend huisarts	1				
Apotheker	1				
Arts	1				
AWBZ	1				
B					
Babymassage cursus (uitsluiting)			7	7	9
Babyvoeding (uitsluiting)		15	28	29	33
Balneofototherapie (Psoriasisdagbehandeling)	1	6	10e	11e	13e
Bechterew kuurreis			13	14	16
Bedrijfsarts	1				
Beëindiging van verzekering	4				
Bekkentherapie		5a	6a	6a	8a
Bevalling, Kraampakket		3	3	3	3
Bevalling, Kraamzorg	1			3	3
Bevalling, Kraamzorg na adoptie			3	3	3
Bevalling, Kraamzorg na couveuseopname			3	3	3
Bevalling, Kraamzorg Servicelijn		3	3	3	3
Bewakingsapparatuur wiegedood (hulpmiddel)		7a	11a	12b	14b
Bloedglucosemeter				12d	14d
Bovenooglidcorrectie					21
Braces			11h	12j	14j
Brilarrangementen			11b	12c	14c
Brillenglazen en contactlenzen			11b	12c	14c
Buikwandcorrectie					21
Buitenland (hulpverlening in het buitenland)		4a	4a	4a	4a
Buitenland (niet spoedeisende medische zorg)		4b	4b	4b	4b
Buitenland (spoedeisende medische zorg)		4c	4c	4c	4c
Buitenland (vervoer bij overlijden)		4d	4d	4d	4d
Buitenland (ziekenvervoer vanuit het buitenland)		4e	4e	4e	4e
Buitenlandse reizen (vaccinatie en Malaria)		10	17b	18c	22b
C					
Camouflagemiddelen			10b	11b	13b
Camouflagetherapie			10c	11c	13c
Cesar (oefen)therapie		5b	6b	6b	8b
CGGZ	1				
Chiropractie		2	2	2	2
Collectief (verzekerden)	13				
Collectieve verzekering (einde)	11				
Comfort bij ziekenhuisopname					5
Contactlenzen			11b	12c	14c
CranioSacraal therapie		2	2	2	2
Cursussen (ter verbetering van leefgewoonten)			7	7	9
D					
Declareren (indienen van nota's)	10				
Dekking	1				
Detentie (begin en einde)	11				
DGD	1				
Diabetespakket				12d	14d
Dieetadvisering					6
Diëtist	1				
Duur van de verzekering	4				
Duurzaam samenlevend persoon	1				
E					
EHBO-cursus			7	7	9
Eigen bijdrage	1				

Trefwoordenregister Aanvullende Verzekeringen

	Algemene verzekerings voorwaarden	ZorgExtra 1	ZorgExtra 2	ZorgExtra 3	ZorgExtra 4
Artikelnummer binnen de voorwaarden:					
Eigen bijdrage (vergoeding - geneesmiddelen/medicijnen)			5	5	7
Emigratie (verhuizing naar buitenland)	11				
Epilatie(behandeling)			10d	11d	13d
F					
Farmaceutische zorg	1				
Farmaceutische zorg (vergoeding van de eigen bijdrage (GVS))			5	5	7
Fertiliteitbevorderende behandelingen, IUI, OI, KI (kosten van medicatie)			31	32	36
Fitness (medische) (uitsluiting)		5a	6a	6a	8a
Flapoorcorrectie					21
Fraude(bestrijding)	12				
Fysiotherapie	1	5a	6a	6a	8a
Fysiotherapie (Manueel-, bekken-, kinder-, oedeem-, groeps-)	1	5a	6a	6a	8a
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck		5b	6b	6b	8b
G					
Gasthuis/logeerhuis			19b	20b	24b
Geboorte	11				
Gecontracteerde zorgaanbieders	7				
Gehoorapparatuur (vergoeding eigen bijdrage)		7b	11c	12e	14e
Geneesmiddelen (eigen bijdrage)			5	5	7
Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (vergoeding eigen bijdrage)			5	5	7
Geregistreerde partner	1				
Geschillen, klachten en geschillen	14				
Gestalttherapie		2	2	2	2
Gezin	1				
Gezondheids (GZ) psycholoog	1				
Gezondheids cursussen			7	7	9
GGD	1				
Glucosemeter				12d	14d
Griepvaccinatie, grieprik			17a	18b	22b
Groepstherapie		5a	6a	6a	8a
Groepstherapie Herstel en Balans				8	10
Grondslag (van verzekering)	2				
GVS	1				
H					
Haptotherapeut		2	2	2	2
Herstel en Balans (Groepstherapie/-revalidatie)				8	10
Herstellingsoord	1				
Herstellingsoord (niet-AWBZ)			8	9	11
Homeopathie		2	2	2	2
Homeopathische middelen		1	1	1	1
Hoofdverzekering	1				
Hoortoestel (vergoeding eigen bijdrage)		7b	11c	12e	14e
Hospice, (high-care-, lowcare-, kinder-)			9	10	12
Huidtherapeut, huidtherapie	1		10	11	13
Huisarts	1				
Hulpmiddelen		7	11	12	14
Hulpmiddelen Service				12d	14d
Hulpverlening in het buitenland		4a	4a	4a	4a
Hydrotherapie (uitsluiting)		5a	6a	6a	8a
Hypnotherapeut		2	2	2	2
I					
Implantaten					
Indienen van nota's	10				
Inentingen (vaccinaties buitenlandse reis)		10	17b	18c	22c
Ingangsdatum (van verzekering)	4				
Instelling	1				
Integraal therapeut		2	2	2	2
Invriezen semen			21	22	26
IUI, OI, KI (kosten van medicatie)			31	32	36
K					
Kampen, vakantie- en therapeutische			25	26	30
KI,OI, IUI (kosten van medicatie)			31	32	36
Kinderfysiotherapeut, kinderfysiotherapie	1	5a	6a	6a	8a
Kinderhospice			9	10	12
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder			12	13	15
Kinesiologie		2	2	2	2
Klachten(regeling)	14				

Trefwoordenregister Aanvullende Verzekeringen

	Algemene verzekeringsvoorwaarden	ZorgExtra 1	ZorgExtra 2	ZorgExtra 3	ZorgExtra 4
Artikelnummer binnen de voorwaarden:					
KNGF	1				
Kraampakket		3	3	3	3
Kraamzorg	1			3	3
Kraamzorg na adoptie			3	3	3
Kraamzorg na couveuseopname			3	3	3
Kraamzorg Servicelijn		3	3	3	3
Kuurreizen (Reuma, Bechterew, Psoriasis)			13	14	16
L					
Laboratoriumonderzoek	1				
Laserbehandeling (ogen)					17
Laserbehandeling (epilatie)			10d	11d	13d
Lenzen (contact-) en brillenglazen			11b	12c	14c
Lymfedrainage		5a	6a	6a	8a
M					
Magistrale homeopathische bereiding	1				
Malaria (preventie buitenlandse reis)		10	17b	18c	22c
Mantelzorg (vervangende - tijdens vakantie)			27	28	32
Manueel therapeut	1	2	2	2	2
Manuele therapie		5a	6a	6a	8a
Medicijnen (vergoeding eigen bijdrage)			5	5	7
Medisch adviseur	1				
Medisch specialist	1				
Medische fitness (uitsluiting)		5a	6a	6a	8a
Medische noodzaak	1				
Medische zorg (in het buitenland)		4	4	4	4
Meerlingenuitkering				3	3
Mensendieck (oefen)therapie		5b	6b	6b	8b
Militaire dienst (indiensttreding)	11				
Mondhygiënist	1				
N					
Natuurgeneeswijzen		2	2	2	2
Natuurlijke geneeswijzen		2	2	2	2
NISB	1				
NPCF	1				
O					
Oedeemtherapeut, oedeemtherapie	1	5a	6a	6a	8a
Oefentherapeut Cesar/Mensendieck	1	5b	6b	6b	8b
OI, KI, IUI (kosten van medicatie)			31	32	36
Ombudsman Zorgverzekeringen	14				
Ooglaserbehandeling					17
Opname (ziekenhuis)	1				
Opzegging van verzekering	4				
Orthomaanueel therapeut		2	2	2	2
Orthopedisch schoeisel (vergoeding eigen bijdrage)			11d	12f	14f
Orthopedische steunzolen			11e	12g	14g
Osteopathie		2	2	2	2
Othopedagogische zorgverlening (uitsluiting)		11	18	19	23
Overgangsconsulent			14	15	18
Overlijden (doorgeven van)	11				
Overlijden (vervoer stoffelijk overschot vanuit buitenland)		4d	4d	4d	4d
P					
Patiëntenvereniging	1				
Patiëntenvereniging (cursus georganiseerd door -)			15a	16a	19a
Patiëntenvereniging (lidmaatschap)		8	15b	16b	19b
Patiëntenvereniging (therapie georganiseerd door -)		8	15c	16c	19c
Pedagogische hulpverlening (uitsluiting)		11	18	19	23
Pedicurezorg		9	16	17	20
Personen-alarmeringsapparatuur	1				
Pessarium			29	30	34
Pil, de			29	30	34
Plastische chirurgie					21
Plaswaker (hulpmiddel)		7c	11f	12h	14h
Podotherapeut (voetzorg)	1	2	2	2	2
Podotherapie (hulpmiddelen voetzorg)		2	2	2	2
Premie	5				
Premievervaldag	1				
Premiewijziging	6				

Trefwoordenregister Aanvullende Verzekeringen

	Algemene verzekerings voorwaarden	ZorgExtra 1	ZorgExtra 2	ZorgExtra 3	ZorgExtra 4
Artikelnummer binnen de voorwaarden:					
Preventieve checkup (40 jaar en ouder)				18a	22a
Pruiken (hulpmiddel, vergoeding eigen bijdrage)		7d	11g	12i	14i
Psoriasis (dagbehandeling)		6	10e	11e	13e
Psoriasis (huur UVB lichttherapie thuis)		6	10f	11f	13f
Psoriasis kuurreis			13	14	16
Psychologische hulp (alternatief)	1	2	2	2	2
Psychologische zorg (vergoeding)		11	18	19	23
Psychotherapie (uitsluiting)		11	18	19	23
R					
Reddingskosten	1				
Refractiechirurgie (ooglaserbehandeling)					17
Regeling zorgverzekering (hulpmiddelen)	1				
Reis- en verblijfskosten			19	20	24
Reiskosten ziekenbezoek gezinslid			19a	20a	24a
Reumakuurreis			13	14	16
Revalidatie	1				
S					
Schoonheidsspecialist	1				
Second opinion		12	20	21	25
Semen invriezen			21	22	26
SEMH	1				
Servicelijn Kraamzorg		3	3	3	3
Shiatsutherapeut		2	2	2	2
SKGZ	14				
Softbraces/spalken			11h	12j	14j
Specialistische zorg	1				
Spiraaltje			29	30	34
Spoedeisende medische zorg (in het buitenland)	1	4c	4c	4c	4c
Sport Medisch Adviescentrum (SMA), Instelling (SMI)	1	13	22	23	27
Sportarts	1				
Sterilisatie			23	24	28
Steunpessarium (hulpmiddel)		7e	11i	12k	14k
Steunzolen			11e	12g	14g
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen	14				
Stottertherapie		14	24	25	29
T					
Therapeutische kampen			25	26	30
Toepassingsgebied (van verzekering)	3				
Toestemming	1				
U					
Uitsluitingen	8				
UVB-lichttherapie (Psoriasis)		6	10f	11f	13f
V					
Vaccinatie (buitenlandse reis)		10	17b	18c	22c
Vakantie- en therapeutische kampen					
Vakantiekampen			25	26	30
Vakantie-reizen Rode Kruis, Zonnebloem			26	27	31
Verblijfskosten gezinslid logeer- of gasthuis			19b	20b1	24b1
Verblijfskosten verzekerde logeer- of gasthuis				20b2	24b2
Vergoedingslijst	1				
Verhuizing	11				
Verhuizing naar buitenland	11				
Verloskamer (zonder medische noodzaak)			3	3	3
Verloskundige	1				
Verplichting (tot medewerking)	11				
Vervangende mantelzorg tijdens vakantie			27	28	32
Vervoer (stoffelijk overschot vanuit buitenland)		4d	4d	4d	4d
Vervoer (ziekenvervoer vanuit buitenland)		4e	4e	4e	4e
Verwijzing	1				
Verzekeraar	1				
Verzekerde	1				
Verzekerde prestaties	7				
Verzekering	1				
Verzekeringnemer	1				
Verzekeringsduur	1,4				
Verzekeringsgrondslag	2				
Verzekeringsvorm	1				

Trefwoordenregister Aanvullende Verzekeringen

	Algemene verzekerings voorwaarden	ZorgExtra 1	ZorgExtra 2	ZorgExtra 3	ZorgExtra 4
Artikelnummer binnen de voorwaarden:					
Voedingspreparaten		15	28	29	33
Voedingssupplementen		1	1	1	1
Voetzorg (podothérapie)		2	2	2	2
Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)			29	30	34
Vorkoming van wiegendood (bewakingsapparatuur)		7a	11a	12b	14b
Voorwaardenwijziging	6				
Voorzetkamers voor dosisaerosolen (luchtwegaandoeningen)		16	30	31	35
Vruchtbaarheidsbehandelingen, IUI, OI, KI (kosten van medicatie)			31	32	36
W					
Wbo	1				
Wet BIG	1				
Wijziging (post)banknummer	11				
Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	6				
Wmg	1				
Z					
Zelfzorgmiddelen (uitsluiting)		1	1	1	1
Ziekenhuis	1				
Ziekenvervoer (vanuit buitenland)		4e	4e	4e	4e
Z-index	1				
Zonnebril (uitsluiting)			11b	12c	14c
Zorgaanspraak	9				
Zorgpolis	1				
Zorgverzekeraar	1				
Zvw	1				
Zwangerschapsgymnastiek, -cursus, -yoga (uitsluiting)			7	7	9

Trefwoordenregister Tandartsverzekeringen

Algemene
verzekerings
voorwaarden

TandZorgExtra 1

TandZorgExtra 2

TandZorgExtra 3

Artikelnummer binnen de voorwaarden:

Orthodontist	1			
Parodontoloog	1			
Tandarts	1			
Tandprotheticus	1			
Tandheelkundige hulp voor 18 jaar en ouder				
Anesthesie (verdoving)		C	1C	1C
Chirurgische behandelingen zoals extractie (trekken)		G	1G	1G
Consulten (controles)		A	1A	1A
Kroon- en brugwerk			1H	1H
Orthodontie				1K
Parodontologie			1J	1J
Prothetische voorzieningen zoals kunstgebit		H	1I	1I
Röntgenfoto's		D	1D	1D
Tandsteenverwijderen		B	1B	1B
Vullingen		E	1E	1E
Wortelkanaalbehandelingen		F	1F	1F
Tandheelkundige hulp tot 18 jaar				
Orthodontie door tandarts			2A	2A
Orthodontie door orthodontist			2B	2B
Kronen, bruggen en gegoten vullingen			2C	2C

