

Polisvoorwaarden Confior ZorgFlexibel

Modelnummer Zvw 2.99.07

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Afkortingen en begripsomschrijvingen	2
Artikel 2	Grondslag	2
Artikel 3	Toepassingsgebied van deze zorgverzekering	2
Artikel 4	Begin, duur en einde van de zorgverzekering	3
Artikel 5	Premie	3
Artikel 6	Wijziging van voorwaarden en premie	4
Artikel 7	Het verzekerde risico	4
Artikel 8	De verzekerde prestaties	4
Artikel 9	Molest en terrorisme	10
Artikel 10	Indicatie voor de aanspraak op zorg	11
Artikel 11	Vergoeding	11
Artikel 12	Zorgbemiddeling	11
Artikel 13	Buitenland	11
Artikel 14	Indienen van nota's	12
Artikel 15	No-claim	12
Artikel 16	Eigen risico	12
Artikel 17	Betaling van de vergoeding	13
Artikel 18	Verplichting tot medewerking	13
Artikel 19	Fraudebestrijding	13
Artikel 20	Klachten en geschillen	13
Artikel 21	Overige bepalingen	14

ARTIKEL 1 AFKORTINGEN EN BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze modelovereenkomst worden de volgende afkortingen gebruikt:

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

In deze modelovereenkomst wordt bedoeld met:

Arbeidsrelevante aandoeningen

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

Medisch adviseur

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

Premieervaldag

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

Toestemming

Schriftelijke toestemming (machtiging) van zorgverzekeraar op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op verzekerde prestaties conform het bepaalde in deze modelovereenkomst.

Verwijzing

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis is vermeld

Verzekeringnemer

Degene die bij zorgverzekeraar de zorgverzekering heeft gesloten.

Verzekeringplichtige

Degene die op grond van artikel 2 van de Zvw verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Zorgpolis

De akte (het polisblad) waarin de tussen verzekeringnemer en zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar

Confior Zorgverzekeraar N.V.

Zorgverzekering

Een tussen zorgverzekeraar en verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaan.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG

Deze zorgverzekering vindt zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De inhoud van de verzekeringsovereenkomst is weergegeven in de modelovereenkomst en de Zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de Zvw. In geval van strijdigheid prevaleert het bepaalde bij of krachtens de Zvw.

ARTIKEL 3 TOEPASSINGSGEBIED VAN DEZE ZORGVERZEKERING

Deze zorgverzekering kan worden gesloten door of ten behoeve van de verzekeringsplichtige die woont in Nederland en de in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

ARTIKEL 4 BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE ZORGVERZEKERING

Ingangsdatum van de zorgverzekering

- a De zorgverzekering gaat in op de dag waarop zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, Zvw, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.
- b Indien zorgverzekeraar op basis van het in artikel 3, eerste lid, Zvw bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het onder a vermelde, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- c Zorgverzekeraar verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, Zvw, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
 - i een bewijs van het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, Zvw, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - ii een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in artikel 3, tweede lid, Zvw, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
- d Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, Zvw ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld artikel 3, eerste of tweede lid, Zvw, gaat de verzekering op die latere dag in.
- e Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- f Indien de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Duur van de zorgverzekering

- g De zorgverzekering wordt aangegaan voor telkens de duur van één kalenderjaar. Indien de zorgverzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar wordt deze aangegaan voor de resterende duur van dat kalenderjaar.
- h De zorgverzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij er sprake is van een rechtsgeldige opzegging.
- i Verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december 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.
- j Verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop verzekeringnemer heeft opgezegd. In afwijking van het in de vorige volzin bepaalde, gaat de opzegging in met ingang van de dag waarop verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door zorgverzekeraar is ontvangen.

Opzegging of ontbinding door zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar heeft het recht om de zorgverzekering op te zeggen of te ontbinden:

- k Wanneer verzekeringnemer heeft gehandeld met de opzet zorgverzekeraar te misleiden of wanneer die bij kennis van de ware stand van zaken geen zorgverzekering zou hebben afgesloten.

- l Wanneer de premie, ook na aanmaning, niet is betaald
- n Wanneer aan een terugvordering van een eigen risico, of andere openstaande vordering, ook na aanmaning, niet is voldaan.
- m Wanneer een niet waarheidsgetrouw verzoek tot vergoeding is ingediend.
- o Wanneer een verzekerde zich ernstig misdraagt (bijvoorbeeld dwang of bedreiging).

Beëindiging van rechtswege

- p Deze verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - i zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - ii verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van zorgverzekeraar komt te wonen;
 - iii verzekerde overlijdt;
 - iv de verzekeringsplicht van verzekerde eindigt.
- q De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
- r Zorgverzekeraar stelt verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van onderdeel p, onder i of ii, eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt. Tevens ontvangt verzekeringnemer een aanbod van de polisvariant(en) die zorgverzekeraar uitvoert in de provincie waar verzekerde komt te wonen.
- s Verzekeringnemer stelt zorgverzekeraar onverwijld schriftelijk op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over verzekerde die op grond van onderdeel p, onder iii of iv, dan wel onderdeel q, tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- t Indien zorgverzekeraar op grond van de in onderdeel s bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan verzekeringnemer mede.

Beëindiging in verband met nieuw dienstverband

- u 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 zorgverzekering 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

- a Krachtens de zorgverzekering is verzekeringnemer premie verschuldigd.
- b De premiegrondslag voor de zorgverzekering is vermeld op de zorgpolis.
- c De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag, verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico of een eventuele korting wegens deelname aan een collectiviteit.
- d Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- e Behalve bij opzegging of ontbinding wegens opzet zorgverzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging of ontbinding de lopende premie naar billijkheid verminderd.
- f Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premieervaldag te betalen.
- g Verzekeringnemer kan geen premie verrekenen met van zorgverzekeraar te ontvangen vergoedingen.

- h Wanneer verzekeringnemer na de premieervaldag 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 premieervaldag. 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.
- i De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd onder j door zorgverzekeraar zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen administratieve voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de zorgverzekering door zorgverzekeraar reeds is 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 in de periode van schorsing van de dekking. Dit is ook het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door zorgverzekeraar verleende toestemming (machtiging) en/of schriftelijke toezeggingen.
- j Wanneer zorgverzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van verzekeringnemer. Tevens maakt zorgverzekeraar aanspraak op vergoeding van de wettelijke rente.
- k Zorgverzekeraar kan met een werkgever of een rechtspersoon (niet zijnde een werkgever) die de belangen behartigt van natuurlijke personen een collectiviteitskorting overeenkomen.

ARTIKEL 6 WIJZIGING VAN VOORWAARDEN EN PREMIE

- a Zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de zorgverzekering, de premie en/of kortingen op de grondslag van de premie met ingang van een door zorgverzekeraar te bepalen datum te wijzigen.
- b Een wijziging van de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan verzekeringnemer is medegedeeld.
- c Indien zorgverzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst, waaronder begrepen een wijziging van de grondslag van de premie en eventueel van toepassing zijnde kortingen op de grondslag van de premie, ten nadele van verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is verzekeringnemer gerechtigd de zorgverzekering op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
- d In afwijking van het bepaalde onder c kan verzekeringnemer niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van verzekeringnemer of verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zvw gestelde regels.

ARTIKEL 7 HET VERZEKERDE RISICO

Het krachtens de zorgverzekering verzekerde risico is de behoefte aan:

- a geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b mondzorg;
- c farmaceutische zorg;
- d hulpmiddelenzorg;
- e verpleging;
- f verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ.

ARTIKEL 8 DE VERZEKERDE PRESTATIES

Artikel 8.1

Zorgverzekeraar heeft tegenover verzekerde een zorgplicht die meebrengt dat verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als omschreven in de artikelen 8.4 tot en met 8.17;
- b in afwijking van sub a heeft verzekerde recht op hulpmiddelenzorg in natura voor zover hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt;
- c activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten, zoals omschreven in deze modelovereenkomst.

Artikel 8.2

De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op vergoeding van kosten van zorg bestaat, worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 8.3

Indien de Minister van Financiën van de in artikel 18b, eerste lid, van de Noodwet financieel verkeer geregelde bevoegdheid gebruik heeft gemaakt, en de behoefte aan zorg of overige diensten ontstaan is naar aanleiding van een of meer in die bepaling bedoelde terroristische handelingen, heeft verzekerde slechts recht op een of meer prestaties voor zover de kosten daarvan niet hoger zijn dan door de Minister van Financiën is bepaald.

Artikel 8.4 Geneeskundige zorg

- 1 Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek, en met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 8.6, met dien verstande dat:
 - a de zorg niet omvat:
 - 1 het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2 prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
 - 3 de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
 - b behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1 afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2 verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
 - 3 verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4 de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5 uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.
 - c transplantatie van weefsels en organen slechts tot de zorg behoort indien het betreft:
 - 1 beenmergtransplantatie;
 - 2 bottransplantatie;
 - 3 hoornvliestransplantatie;
 - 4 huidweefseltransplantatie;
 - 5 niertransplantatie;
 - 6 harttransplantatie;
 - 7 levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
 - 8 longtransplantatie;
 - 9 hartlongtransplantatie;
 - 10 nierpancreastransplantatie.

- 2 Indien in de Regeling zorgverzekering vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd, dient hetgeen in die Regeling zorgverzekering is bepaald te worden aangemerkt als onderdeel van deze overeenkomst. De Regeling zorgverzekering is te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 3 Mechanische beademing omvat noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van verzekerde bestaat de zorg uit het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur en de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.
- 4 Geneeskundige zorg omvat centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).
- 5 Geneeskundige zorg door de trombosedienst omvat:
- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van verzekerde;
 - verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
 - het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
 - het opleiden van verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van verzekerde bij zijn metingen;
 - het geven van adviezen aan verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.
- 6 Geneeskundige zorg omvat ter zake van erfelijkheidsonderzoek:
- centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten;
 - het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboononderzoek;
 - chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
 - de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding;
 - Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.
- 7 Geneeskundige zorg omvat audiologische hulp bestaande uit:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
 - advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
 - voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
 - psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
 - hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.
- 8 Geneeskundige zorg omvat revalidatiezorg, doch uitsluitend indien en voor zover deze zorg voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en, verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. Revalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname, of in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>De huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is zoals een doktersassistente, nurse practitioner of praktijkondersteuner.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorend tot het DBC segment B en niet van plastisch-chirurgische aard.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Medisch specialist en een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch specialist verbonden aan een conform de bij of krachtens de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of bedrijfsarts (bij arbeidsrelevante aandoeningen).</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, behorend tot het DBC segment B en niet van plastisch-chirurgische aard.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Medisch specialist.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of bedrijfsarts (bij arbeidsrelevante aandoeningen).</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Behandeling van plastisch-chirurgische aard.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Medisch specialist.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts, medisch specialist of verpleeghuisarts en toestemming vooraf door zorgverzekeraar.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>- Verloskundige; - Huisarts (verloskundig actief).</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Audiologische hulp.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Audiologisch centrum.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts of medisch-specialist.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.5 Transplantatie van weefsels en organen

De geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 8.4, eerste lid, onderdeel c, omvat tevens vergoeding van de kosten van:

- a specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel d;
- f het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Vervoer (e en f).</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Een vervoersbedrijf.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Toestemming vooraf door zorgverzekeraar.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.6 Paramedische zorg

- 1 Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.
- 2 Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 3 Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
- 4 Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
- 5 Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar.

- 6 Dieetadviesing omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandelingen per kalenderjaar.

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Fysiotherapie.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>- (Kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut; - Huidtherapeut indien er sprake is van lymfoedeem.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsrelevante aandoeningen die voorkomen op de lijst chronische aandoeningen), of tandarts. Indien verzekerde zich wendt tot een fysiotherapeut die opgenomen is in de lijst 'Direct Toegankelijke Fysiotherapeuten', is verwijzing niet vereist. Deze lijst kan worden geraadpleegd op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Oefentherapie Cesar/Mensendieck.</i>
<i>Kan verzekerde zich wenden tot:</i>	<i>Oefentherapeut Cesar, Oefentherapeut Mensendieck.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts of medisch specialist, tandarts of bedrijfsarts (bij arbeidsrelevante aandoeningen).</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Logopedie.</i>
<i>Kan verzekerde zich wenden tot:</i>	<i>Logopedist.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts, medisch specialist, of tandarts.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Ergotherapie.</i>
<i>Kan verzekerde zich wenden tot:</i>	<i>Ergotherapeut.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts of medisch specialist.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Dieetadviesing.</i>
<i>Kan verzekerde zich wenden tot:</i>	<i>Diëtist.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Verwijzing door huisarts of medisch specialist.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.7 Mondzorg

- 1 Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a indien verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b indien verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- 2 Op de mondzorg is tevens het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar van toepassing, dat eveneens van deze overeenkomst deel uitmaakt. Dit Reglement kan worden geraadpleegd via de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 3 Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;
- 4 Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- 5 Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b incidenteel tandheelkundig consult;
 - c het verwijderen van tandsteen;
 - d fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e sealing;
 - f parodontale hulp;
 - g anesthesie;
 - h endodontische hulp;
 - i restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j gnathologische hulp;
 - k uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- 6 De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts recht op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- 7 Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - b uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.

8 Eigen bijdrage(n):

Verzekerde is voor de zorg bedoeld in het eerste lid onderdeel a,b, of c en het zevende lid, onderdeel b een eigen bijdrage verschuldigd indien en voor zover dat is bepaald in de Regeling zorgverzekering, die wordt geacht van deze overeenkomst deel uit te maken. De Regeling zorgverzekering is te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.

<i>Voor de hierboven opgenomen verzekerde prestatie:</i>	<i>Mondzorg zoals bedoeld in artikel 8.7 lid 1, lid 5, lid 7 sub b.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Tandarts.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>
<i>Onder voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden zoals die zijn opgenomen in het Verzekeringsreglement zorg.</i>

<i>Voor de hierboven opgenomen verzekerde prestatie:</i>	<i>Orthodontische zorg zoals bedoeld in artikel 8.7 lid 1 sub a.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Orthodontist.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden zoals die zijn opgenomen in het Verzekeringsreglement zorg.</i>

<i>Voor de hierboven opgenomen verzekerde prestatie:</i>	<i>Kaakchirurgische zorg zoals bedoeld in artikel 8.7 lid 1 sub a, lid 5 sub l en m, lid 7 sub a</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Kaakchirurg.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden zoals die zijn opgenomen in het Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de hierboven opgenomen verzekerde prestatie:</i>	<i>Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 8.7 lid 1 sub a, b en c.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Centrum voor bijzondere tandheelkunde.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden zoals die zijn opgenomen in het Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de hierboven opgenomen verzekerde prestatie:</i>	<i>Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak zoals bedoeld in artikel 8.7 lid 5 sub k.en lid 7 sub b.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Tandprotheticus.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden zoals die zijn opgenomen in het Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de hierboven opgenomen verzekerde prestatie:</i>	<i>De mesostructuur en de volledige uitneembare prothese op implantaten zoals bedoeld in artikel 8.7 lid 1 sub a.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Tandprotheticus.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden zoals die zijn opgenomen in het Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.8 Farmaceutische zorg

- 1 Farmaceutische zorg omvat de vergoeding van de kosten van de afgeleverde farmaceutische zorg van:
 - a de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door zorgverzekeraar;
 - b andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft;
 - c polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten zoals vermeld in onderdeel 1 bijlage II van de Regeling zorgverzekering.
- 2 De Regeling zorgverzekering, genoemd in het eerste lid onder a en c, wordt geacht van deze overeenkomst deel uit te maken. De aanwijzing van geneesmiddelen door zorgverzekeraar alsmede nadere voorwaarden zijn uitgewerkt in het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar, dat eveneens van deze overeenkomst deel uitmaakt. De Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement zorg zijn te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en worden op verzoek toegezonden.
- 3 Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - b geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - c geneesmiddelen als bedoeld in de artikelen 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - d geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- 4 De aanwijzing door zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor verzekerde beschikbaar is.
- 5 Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel dan het door zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is.
- 6 Indien bij de Regeling zorgverzekering, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, de aangewezen geneesmiddelen zijn ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en voor groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld, kan verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Dit geldt voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Voor de berekening van de eigen bijdrage wordt verwezen naar de Regeling zorgverzekering, die wordt geacht van deze overeenkomst deel uit te maken. De Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement zorg zijn te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en worden op verzoek toegezonden.

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>1. a. de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door zorgverzekeraar</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Apotheek of apotheekhoudende huisarts.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Recept door huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of GGD arts en de nadere voorwaarden vermeld in het Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Vindplaats welke geneesmiddelen door zorgverzekeraar zijn aangewezen:</i>	<i>Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>1. b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Apotheek of apotheekhoudende huisarts.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Recept door huisarts, medisch specialist, tandarts verloskundige, of GGD arts.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>1. c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Apotheek, apotheekhoudende huisarts of gecontracteerde leverancier die polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten aflevert.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden vermeld in het Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Vindplaats voor nadere vereisten:</i>	<i>Verzekeringsreglement zorg.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.9 Hulpmiddelenzorg

- 1 Hulpmiddelenzorg omvat de bij Regeling zorgverzekering aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a in welke gevallen verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b de vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
 De Regeling zorgverzekering, bedoeld in de eerste volzin, wordt geacht van deze overeenkomst deel uit te maken. Op de hulpmiddelenzorg is tevens het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar van toepassing, dat eveneens van deze overeenkomst deel uitmaakt. De Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement zorg kunnen worden geraadpleegd via de website van zorgverzekeraar en worden op verzoek toegezonden.
- 2 De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor rekening van verzekerde.

- 3 Verzekerde is voor een hulpmiddel een eigen bijdrage verschuldigd indien en voor zover dat is bepaald bij Regeling zorgverzekering, die wordt geacht van deze overeenkomst deel uit te maken. De eigen bijdrage belooft een bedrag ter grootte van:
- het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe verzekerde behoort;
 - een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.
- 4 Zorgverzekeraar verstrekt aan verzekerde desgevraagd een persoonsgebonden budget voor zover het gaat om op grond van artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekeringen omschreven hulpmiddelen die verzekerde nodig heeft ter compensatie van een ernstige visuele beperking. Op de verstrekking van een persoonsgebonden budget is tevens het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar van toepassing, dat eveneens van deze overeenkomst deel uitmaakt. Het Verzekeringsreglement zorg kan worden geraadpleegd via de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Hulpmiddelenzorg.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Leveranciers van hulpmiddelen die voldoen aan het bepaalde in het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar.</i>
<i>Onder voorwaarde van:</i>	<i>De nadere voorwaarden zoals die zijn opgenomen in het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.10 Verblijf

- Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 8.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
- Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.
- In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Verblijf.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Ziekenhuis.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Medisch-specialistische behandeling.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Verblijf.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Revalidatie instelling.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar. Deze toestemming wordt verleend mits</i> <i>- deze zorg als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en,</i> <i>- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.11 Verpleging

Naast de in artikel 8.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

Artikel 8.12 Kraamzorg

- Naast de in artikel 8.10 bedoelde verzorging, omvat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.
- Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, dat opvraagbaar is bij zorgverzekeraar, is van toepassing.
- Indien door de Regeling zorgverzekering is bepaald dat verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid, dient hetgeen in de Regeling zorgverzekering is bepaald te worden aangemerkt als onderdeel van deze overeenkomst. De Regeling zorgverzekering is te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden. De verzekerde voldoet de op grond van de Regeling zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage aan de zorgaanbieder

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Kraamzorg.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden gediplomeerde kraamverzorgster.</i>
<i>Opmerking:</i>	<i>Gaarne tijdige melding bij voorkeur voor de 20^e week van de zwangerschap bij de Servicelijn Kraamzorg van zorgverzekeraar: telefoonnummer 0900 202 5003.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.13 Vervoer per ambulance

- 1 Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
 - c vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1 een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2 een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt.
 - d naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b of c.
 - e tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- 2 Indien zorgverzekeraar toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Vervoer per ambulance.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Door provincie aangewezen vergunninghouder.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Indien hiertoe opdracht is gegeven door de Centrale post voor het ambulancevervoer.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.14 Zittend ziekenvervoer anders dan per ambulance

- 1 Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 8.13, eerste lid, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d het gezichtsvermogen van verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.
- 2 Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een in de Regeling zorgverzekering opgenomen bedrag per kilometer.
- 3 In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- 4 Indien zorgverzekeraar toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

<i>Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Vervoer.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Vervoersbedrijf dan wel een natuurlijk persoon, buiten de uitoefening van een beroep of bedrijf.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Toestemming vooraf door zorgverzekeraar door gebruik te maken van het aanvraagformulier zittend ziekenvervoer en een toelichting van de behandelend arts en de nadere voorwaarden vermeld in het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar.</i>
<i>Presentatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.15 Vervoer overig en begeleiding

- 1 In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.
- 2 Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

<i>oor de bovenstaande verzekerde prestatie:</i>	<i>Ander vervoermiddel.</i>
<i>Dient verzekerde zich te wenden tot:</i>	<i>Vervoersbedrijf.</i>
<i>Op voorwaarde van:</i>	<i>Toestemming vooraf door zorgverzekeraar.</i>
<i>Prestatiewijze:</i>	<i>Restitutie.</i>

Artikel 8.16 Eigen bijdrage vervoer

Indien door de Regeling zorgverzekering is bepaald dat verzekerde voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, een eigen bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangeven maximum, dient hetgeen in de Regeling zorgverzekering is bepaald te worden aangemerkt als onderdeel van deze overeenkomst. De Regeling zorgverzekering is te raadplegen op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.

Artikel 8.17 Vergoeding van andere zorg dan in deze overeenkomst omschreven

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten. Ook uitgesloten is experimentele zorg.

ARTIKEL 9 MOLEST EN TERRORISME

- a Geen vergoeding vindt plaats voor de kosten die het gevolg zijn van: agroot molest (zoals gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitierij). De 6 genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan, vormen een onderdeel van de tekst, die door het verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981;

- b een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de wet Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar. Verzekerde heeft dan slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

ARTIKEL 10 INDICATIE VOOR DE AANSPRAAK OP ZORG

- a Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8 heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud, omvang en uit het oogpunt van doelmatigheid redelijkerwijs is aangewezen.
- b De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- c Voor zover verzekerde toestemming behoefte van zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestatie, en verzekerde door een eerdere zorgverzekeraar in het bezit is gesteld van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestatie gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt zorgverzekeraar niet nogmaals dat toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

ARTIKEL 11 VERGOEDING

Algemeen

- a Als bij algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 12 lid 1 Zvw vormen van zorg of overige diensten zijn aangewezen, waarvoor geldt dat de zorgverzekeraar de kosten slechts mag vergoeden indien tussen hem en de aanbieder een overeenkomst is gesloten, heeft verzekerde slechts recht op vergoeding van kosten ter zake van zorg, betrokken bij een gecontracteerde aanbieder.

Vergoeding

- b Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg overeenkomstig het WMG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.

ARTIKEL 12 ZORGBEMIDDELING

Indien verzekerde zorg en/of overige diensten niet of niet tijdig kan betrekken van enige daarvoor in aanmerking komende aanbieder, zal zorgverzekeraar zich desgevraagd inspannen dat die zorg alsnog kan worden betrokken van een dergelijke aanbieder.

ARTIKEL 13 BUITENLAND

Spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf

Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de Alarmcentrale, telefoonnummer +31 317 455 555. Zorgverzekeraar adviseert de alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

Spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan het woonland van verzekerde, in het geval verzekerde woont in Nederland of een ander EU/EER-land of Verdragsland

- a De verzekerde die woont in Nederland of een ander EU/EER-land of Verdragsland, en die tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan zijn of haar woonland, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
- vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EG Verordening 1408/71 of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor verzekerde van toepassing;
 - zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg zoals opgenomen in deze modelovereenkomst, tot ten hoogste de in Nederland geldende WMG-tarieven. Als er geen WMG-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in een EU/EER-land of Verdragsland, in het geval verzekerde woont in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is

- b De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, en die tijdelijk verblijft in een EU/EER-land of Verdragsland, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
- vergoeding van kosten van zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg zoals opgenomen in deze modelovereenkomst, tot ten hoogste de in Nederland geldende WMG-tarieven. Als er geen WMG-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is

- c De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, dat geen EU-/EER-land of Verdragsland is, heeft voor spoedeisende zorg aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als genoemd onder b.

Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

- d De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
- vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EG Verordening 1408/71 of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor verzekerde van toepassing;
 - vergoeding van kosten van zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;
 - vergoeding van kosten van zorg van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling, volgens het bepaalde in artikel 11.

Wonen in het buitenland

Verzekerde woonachtig in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland

- e De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
 - i vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EG Verordening 1408/71 of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor verzekerde van toepassing;
 - ii vergoeding van kosten van zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - iii vergoeding van kosten van zorg van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende WMG-tarieven. Als er geen WMG-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten;
 - iv vergoeding van kosten van zorg buiten het woonland van verzekerde van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling, volgens het bepaalde in artikel 11.

Verzekerde woonachtig in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is

- f De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op:
 - i vergoeding van kosten van zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - ii vergoeding van kosten van zorg in het woonland van verzekerde van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende WMG-tarieven. Als er geen WMG-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten;
 - iii vergoeding van kosten van zorg buiten het woonland van verzekerde van een niet door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling, volgens het bepaalde in artikel 11.

Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

- g In alle bovenstaande situaties geldt dat voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling, in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar is vereist, tenzij sprake is van spoedeisende zorg.

Verwijzing en/of machtigingsvereiste

- h Indien bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, wordt dit aangegeven in het artikel waarin de betreffende zorg wordt omschreven, of in het Verzekeringsreglement zorg van zorgverzekeraar.

ARTIKEL 14 INDIENEN VAN NOTA'S

Voor zover verzekerde recht heeft op vergoeding van kosten, komt een nota uitsluitend voor vergoeding in aanmerking onder deze voorwaarden:

- a De nota is door de aanbieder verstrekt en in origineel ingediend (geen kopie of aanmaning).
- b De nota is zo duidelijk gespecificeerd, dat zorgverzekeraar zonder meer kan beoordelen of de nota voor vergoeding in aanmerking komt.
- c De nota waarvan de herkomst niet duidelijk blijkt ('computernota') is door de aanbieder gewaarmerkt.
- d De nota is binnen 12 kalendermaanden na afloop van het kalenderjaar waarin de zorg en/of overige diensten zijn verstrekt door zorgverzekeraar ontvangen.
- e Ingediende nota's worden niet aan verzekeringnemer teruggestuurd.
- f Een nota in een andere taal wordt vertaald door een beëdigd vertaler, indien de nota naar het oordeel van zorgverzekeraar vertaling behoeft. De vertaalkosten komen voor rekening van verzekerde.

ARTIKEL 15 NO-CLAIM

- a Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan € 255, heeft verzekerde jegens zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen € 255 en eerderbedoelde waarde.
- b Geen recht op een no-claimteruggave hebben verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar waren.
- c Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met zorgverzekeraar had gesloten, dan wel indien verzekerde gedurende het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt het onder a vermelde bedrag vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- d Indien het onder c vermelde van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge het onder c vermelde bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop premie verschuldigd werd.
- e Bij de bepaling van de waarde van de no-claimteruggave wordt het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed alsmede de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met huisartsenzorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen, buiten beschouwing gelaten.
- f Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de aanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- g Bedragen als bedoeld in artikel 11, derde lid, Zvw, die voor rekening van verzekerde komen, of kosten die op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw voor rekening van verzekerde blijven, worden bij de berekening van de no-claimteruggave en de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend eigen risico wordt overschreden, buiten aanmerking gelaten.
- h De no-claimteruggave als bedoeld in artikel 22 van de Zvw, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van verzekerde.
- i Indien blijkt dat zorg is gebruikt, met de kosten waarvan zorgverzekeraar bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening kon houden, wordt de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, gecorrigeerd.

ARTIKEL 16 EIGEN RISICO

- a Het eigen risico bedraagt € 0, tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen en dit op de Zorgpolis staat vermeld.
- b Een eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per verzekerde per kalenderjaar kan worden overeengekomen voor verzekerden ouder dan achttien jaar. De korting op de premiegrondslag wordt vermeld in de Zorgpolis.
- c Het eigen risico wordt toegepast op de verzekerde prestaties die voor vergoeding in aanmerking komen.
- d Zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico,

- voor zover deze het in het vorige artikel, onder a, vermelde bedrag, dan wel het op grond van artikel 22, derde lid, Zvw, voor dat kalenderjaar berekende bedrag, hebben overschreden.
- e Bedragen als bedoeld in artikel 11, derde lid, Zvw, die voor rekening van verzekerde komen, of kosten die op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw voor rekening van verzekerde blijven, worden bij de berekening van de no-claimteruggave en de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend eigen risico wordt overschreden, buiten aanmerking gelaten.
 - f De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het eigen risico. Onder kosten van inschrijving worden verstaan het bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de WMG als beschikbaarheidstarief is vastgesteld, en vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen zorgverzekeraar en huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - g Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
 - h In afwijking van het onder g vermelde wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering met zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
 - i ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - ii de op grond van onderdeel i berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - iii het op grond van onderdeel ii berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
 - iv het op grond van het onder i of ii berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.
 - i Wat niet voor vergoeding in aanmerking komt telt ook niet mee voor het eigen risico.
 - j Als rechtstreekse betaling aan de aanbieder plaatsvindt en (een deel van) de betaalde kosten niet zijn verrekend met het eigen risico, is verzekeringnemer verplicht het niet met het eigen risico verrekende bedrag als onverschuldigd betaald aan zorgverzekeraar te betalen.

ARTIKEL 17 BETALING VAN DE VERGOEDING

Voor zover verzekerde recht heeft op vergoeding van kosten, is zorgverzekeraar bevoegd de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen rechtstreeks te betalen aan de aanbieder, of aan een derde aan wie de aanbieder zijn vordering ter incasso of in eigendom heeft overgedragen. Door die bevrijdende betaling eindigt de aanspraak op vergoeding van kosten voor verzekerde.

ARTIKEL 18 VERPLICHTING TOT MEDEWERKING

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht:

- a aan zorgverzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- b de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
- c medewerking te verlenen in het geval zorgverzekeraar een onderzoek instelt naar mogelijke fraude door een aanbieder;

- d zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door zorgverzekeraar geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde zorgverzekeraar direct te informeren. Verzekerde verschaft zorgverzekeraar desgevraagd de inlichtingen die zorgverzekeraar redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde. In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van zorgverzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor zorgverzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad;
- e iedere wijziging en verandering die van invloed is op de rechten en plichten uit hoofde van de zorgverzekering zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk aan zorgverzekeraar mede te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
 - i verhuizing;
 - ii geboorte;
 - iii overlijden;
 - iv wijziging van (post)banknummer;
 - v het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
 - vi in diensttreding als militair in actieve dienst;
 - vii begin en einde detentie;
 - viii het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit.
- f de naam en adres van de huisarts(en) aan zorgverzekeraar door te geven waarbij de op de zorgpolis genoemde verzekerden staan ingeschreven.
- g de naam van de opvolgende zorgverzekeraar door te geven.

ARTIKEL 19 FRAUDEBESTRIJDING

- a Niet vergoed worden de kosten die worden gedeclareerd terwijl verzekerde zorgverzekeraar probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door voor zorgverzekeraar 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.
- b Indien er sprake is van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik van uit de zorgverzekering 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 zorgverzekeraar in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.
- c Bij bewezen misleiding of fraude kan zorgverzekeraar de onderzoekskosten verhalen op verzekeringnemer.
- d Misbruik van de Zorgpas wordt aangemerkt als fraude.

ARTIKEL 20 KLACHTEN EN GESCHILLEN

- a Indien verzekeringnemer of verzekerde het niet eens is met een door zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering genomen beslissing kan hij zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Klachten en Bezwaar van zorgverzekeraar.
- b Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 30 dagen door zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel zorgverzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan verzekeringnemer of verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.
- c Indien verzekeringnemer of verzekerde bejegeningklachten heeft over de zorgverzekering, dan kan hij zijn klacht voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

- d Het adres van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen en de Ombudsman Zorgverzekeringen is: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist.
- e Indien verzekeringnemer of verzekerde klachten heeft over de door zorgverzekeraar gehanteerde formulieren, dan kan hij zijn klacht indienen bij de NZa. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt zorgverzekeraar, verzekeringnemer en verzekerde tot bindend advies.

ARTIKEL 21 OVERIGE BEPALINGEN

- a De bij de aanvraag van de zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door zorgverzekeraar verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de zorgverzekering en om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.
- b Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht toestemming te hebben verleend aan zorgverzekeraar om op al dan niet elektronische wijze persoonsgegevens (zoals naam, adres, polis, premie, vergoedingen) te verwerken met voor de uitvoering van de zorgverzekering ingeschakelde derden (zoals aanbieders, factoring-, incasso-, verhaal- en fraudeonderzoeksbureaus).
- c Indien en voor zover zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van zorgverzekeraar, van het voor verzekerde aan de aanbieder teveel betaalde, te hebben verleend.
- d Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de aanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- e Opzegging van de zorgverzekering dient schriftelijk plaats te vinden.
- f Mededelingen, verzonden aan het bij zorgverzekeraar laatst bekende adres van verzekeringnemer worden geacht verzekeringnemer en verzekerde te hebben bereikt.
- g Er kan slechts een beroep worden gedaan op een telefonische of mondelinge toezegging indien zorgverzekeraar deze schriftelijk heeft bevestigd.
- h Lijsten met gecontracteerde aanbieders maken geen deel uit van de zorgverzekering.
- i Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

