

Algemene Voorwaarden Zorgkeuzepolis per 1 januari 2008

Index

I Algemeen gedeelte	2
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	2
Artikel 2 Grondslag van de verzekering	7
Artikel 3 Werkgebied	8
Artikel 4 Begin van de zorgverzekering	8
Artikel 5 Duur van de zorgverzekering	9
Artikel 6 Beëindiging van rechtswege	10
Artikel 7 Premie	11
Artikel 8 Herziening van premie	12
Artikel 9 Verplicht eigen risico	12
Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico	14
Artikel 11 Buitenland	15
Artikel 12 Verplichtingen van de verzekerde	16
Artikel 13 Onwaarachtige weergave van feiten	17
Artikel 14 Onrechtmatige inschrijving	18
Artikel 15 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	18
Artikel 16 Overige voorwaarden	19
Artikel 17 Geschillen	19
II Prestatiewijze en dekking	20
Artikel 18 Prestatiewijze en dekking	20
Geneeskundige zorg	22
Artikel 19 Huisartsenzorg	22
Artikel 20 Medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)	22
Artikel 21 Verloskundige zorg en kraamzorg	26
Overige medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke Gezondheidszorg)	29
Artikel 22 Revalidatie	29
Artikel 23 Orgaantransplantaties	30
Artikel 24 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	31
Artikel 25 Mechanische beademing	32
Artikel 26 Oncologische aandoeningen bij kinderen	32
Artikel 27 Trombosedienst	33
Artikel 28 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	33
Artikel 29 Audiologische zorg	34
Artikel 30 Paramedische zorg	34
Artikel 31 Mondzorg	37
Artikel 32 Farmaceutische zorg	42
Artikel 33 Hulpmiddelenzorg	44
Artikel 34 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	46
Artikel 35 Uitsluitingen	48
Artikel 36 Begripsomschrijvingen GGZ	49
Artikel 37 Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ	50
Artikel 38 Specialistische GGZ	51
Artikel 39 Persoonsgebonden budget	53
Reglement PGB Experiment GGZ	54

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Ambulance

een auto ingericht en bestemd voor het liggend vervoer van zieken en gewonden en met voldoende opgeleid en bekwaam personeel.

Apotheek

instelling die geneesmiddelen ter hand stelt. Degene die de instelling beheert (de apotheker) moet geregistreerd staan zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G..

Apotheekhoudend huisarts

een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.

Arts verstandelijk gehandicapten

degene die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van erkende artsen verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

A.W.B.Z.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Audiologisch centrum

Een zorginstelling conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten.

Beademingscentrum

Een zorginstelling conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten.

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal- Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Een centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Centrum voor mondzorg

Praktijk voor tandheelkundige zorg, waaraan een of meerdere tandartsen, mondhygiënist of andere bevoegde zorgverleners zijn verbonden. Het centrum is in Nederland gevestigd.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dialysecentrum

Een zorginstelling conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten.

Diëtist

degene die bevoegd is de titel diëtist te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en die als diëtist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ergotherapeut

degene die bevoegd is de titel ergotherapeut te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en die als ergotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het Reglement Farmaceutische zorg.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gecontracteerde zorg

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

Huidtherapeut

degene die bevoegd is de titel huidtherapeut te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut" en die als huidtherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Huisartsenpost

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Instelling voor medisch specialistische zorg

Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZI)

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het afnemen van de eicellen;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdgezondheidszorgarts:

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Kaakchirurg

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Een tandarts–specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kraamcentrum

Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

Logopedist

degene die bevoegd is de titel logopedist te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en die als logopedist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch-specialist

Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en het “Besluit functionele zelfstandigheid”.

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht.

Nurse practitioner

Een verpleegkundige met een academisch denk- en werkniveau die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten en die de opleiding “advanced nursing practice” zijnde een HBO Masters opleiding, met goed gevolg heeft afgerond.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

degene die bevoegd is de titel oefentherapeut te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en die als oefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Opname

Opname in een instelling voor medisch specialistische zorg of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een instelling voor medisch specialistische zorg of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Physician assistant

Een zorgprofessional die de HBO-Masters opleiding "physician assistant" met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitoefenen van de meer routinematig geneeskundige handelingen. Deze handelingen gebeuren onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts waarbij sprake is van een complementaire samenwerking met de arts.

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 medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Toestemming

Onze aan uw zorg voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring waaruit blijkt dat wij deze zorg beschouwen als onder uw verzekering vallende zorg.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verpleeghuisarts

degene die als verpleeghuisarts is ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verwijzing

De advisering door een zorgverlener of zorginstelling aan de verzekerde om vanwege professionele redenen gebruik te maken van de diensten van een andere zorgverlener of zorginstelling.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Voorschrift

De vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke specifieke zorg, onderzoek, behandeling of therapie om medisch professionele redenen op de verzekerde toegepast moet worden.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder "instelling voor medisch-specialistische zorg".

Ziekenhuis

Zie onder "instelling voor medisch-specialistische zorg".

Ziekenhuisverplaatste zorg

Medisch specialistische zorg op een lokatie anders dan die van de instelling voor medisch specialistische zorg of de huispraktijk van de medisch specialist zonder dat de medische indicatie voor medisch specialistische zorg wordt beëindigd.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Deze verzekeringsonderneming is Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar u.a..

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

lid 1

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.

lid 2

Naast de zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij door verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieder(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.

lid 3

De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en verzekeraar op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaatsvindt.

lid 4

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 5

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 3 Werkgebied

Deze zorgverzekering omvat aanspraken op vergoeding van kosten en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

lid 1

De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

lid 2

Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.

lid 3

De zorgverzekering werkt, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug:

- a. indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond;
- b. indien zij 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, tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

lid 4

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 is geëindigd door opzegging, werkt de zorgverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Artikel 5 Duur van de zorgverzekering

lid 1

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

lid 2

De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.

lid 3

Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 4

De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering 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. De 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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 5

De opzegging, bedoeld in het tweede lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

lid 6

In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Lid 7 schriftelijke herroeping

Herroeping van de verzekering kan door de verzekeringnemer kosteloos en zonder opgaaf van redenen plaatsvinden. Aan herroeping van de verzekering zijn de volgende voorwaarden verbonden:

- a. de herroeping moet schriftelijk plaatsvinden met vermelding van naam, adres, woonplaats en de verzekering waarop de herroeping betrekking heeft;
- b. de herroeping moet de zorgverzekeraar binnen 14 kalenderdagen hebben ontvangen nadat de verzekering is ingegaan. Is de verzekering nog niet ingegaan, dan moet de zorgverzekeraar de herroeping hebben ontvangen binnen 14 kalenderdagen nadat de verzekeringnemer en/of de verzekerde de polis en polisbescheiden heeft / hebben ontvangen.

De beëindiging van de verzekering door herroeping vindt dan plaats met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de verzekering is ingegaan. Als de verzekeringnemer al premie heeft betaald voor de door herroeping beëindigde verzekering, betaalt de zorgverzekeraar die terug binnen 30 dagen na ontvangst van de herroeping. Vindt herroeping van een verzekering niet tijdig plaats of wordt niet aan alle voorwaarden van herroeping voldaan, dan wordt de verzekering niet beëindigd door herroeping.

lid 8

Als de verzekerde aanspraken heeft gedaan ingevolge zijn verzekering of kosten heeft gemaakt die door de zorgverzekeraar zijn vergoed en die verzekering door herroeping is geëindigd, specificieert de zorgverzekeraar die kosten aan de verzekerde en betaalt de verzekerde die kosten binnen 30 dagen na ontvangst van de specificatie terug aan de zorgverzekeraar.

Artikel 6 Beëindiging van rechtswege

lid 1

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
- c. de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
- d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de A.W.B.Z. of militair in werkelijke dienst wordt.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 2

Vervallen.

lid 3

De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

lid 4

De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 5

Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven 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 de verzekeringnemer mede.

lid 6

Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 7

Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 7 lid 5 van deze overeenkomst.

Artikel 7 Premie

lid 1

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

lid 2

Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

lid 3

De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage). Zowel de korting wegens het gekozen eigen risico als de collectiviteitskorting worden direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.

lid 4 Premiebetaling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 5 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van minimaal 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop alle verschuldigde bedragen en kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

Artikel 8 Herziening van premie

lid 1

Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

lid 2

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop zijn zorgverzekering hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.

Artikel 9 Verplicht eigen risico

lid 1

Het verplicht eigen risico voor een verzekerde van achttien jaar en ouder is € 150 en geldt voor een geheel kalenderjaar.

lid 2

Het verplicht eigen risico staat op uw polisblad vermeld.

lid 3

Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

- a. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- b. de kosten van het gebruik van zorg in verband met een bestaande zwangerschap, bevalling en kraambed. Afzonderlijke verzekerde prestaties zoals IVF, ambulancevervoer en geneesmiddelen zijn hiervan uitgezonderd;
 - c. de kosten van het gebruik van mondzorg door verzekerden tot tweeëntwintig jaar als bedoeld in artikel 31 lid 4, met uitzondering van de kaakchirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige protheses;
 - d. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - 1) een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - 2) vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het verplicht eigen risico.

lid 4

Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 10, betrokken.

lid 5

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 7

Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende verplicht eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het verplicht eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:

- a. ieder bedrag aan verplicht eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat verplicht eigen risico gold of zal gelden;
- b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 8

Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 9

Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplicht eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

lid 10

Eigen betalingen die voor rekening blijven van de verzekerde tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht eigen risico.

Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1

Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0 tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2

Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 eigen risico per kalenderjaar overeenkomen.

lid 3

Indien een vrijwillig gekozen eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op premiebijlage.

lid 4

Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:

- a. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg 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 de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- b. de kosten van het gebruik van zorg in verband met een bestaande zwangerschap, bevalling en kraambed. Afzonderlijke verzekerde prestaties zoals IVF, ambulancevervoer en geneesmiddelen zijn hiervan uitgezonderd;
- c. de kosten van het gebruik van mondzorg door verzekerden tot tweeëntwintig jaar als bedoeld in artikel 31 lid 4, met uitzondering van de kaakchirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige protheses;
- d. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - 1) een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - 2) vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn 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.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

lid 5

Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

lid 6

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 7

Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:

- a. ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
- b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

lid 8

Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 9

Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

lid 10

Eigen betalingen die voor rekening blijven van de verzekerde tellen niet mee voor het volmaken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 11 Buitenland

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

lid 2

De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend door eenzelfde of een vergelijkbare zorgverlener of instelling of door een zorgverlener of instelling die zich in een vergelijkbare situatie bevindt.

lid 3

De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 4

Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.

lid 5

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.

lid 6

Zorg in het buitenland moet – in afwijking van de vereisten elders in deze voorwaarden - worden verleend door een zorgverlener of instelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

Artikel 12 Verplichtingen van de verzekerde

lid 1

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. bij het invoeren van zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur daarom vraagt;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- c. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie met inachtneming van privacyregelgeving;
- d. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.

lid 2

In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

lid 3

Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

Verhaal

lid 4

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor de verzekerde direct of later (mogelijk) een of meer behandelingen moet ondergaan waarvan de zorgverzekeraar de kosten op grond van de verzekering moet of zou moeten vergoeden. Als derden voor deze omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen aansprakelijk zijn te stellen, zijn verzekeringnemer en verzekerde verplicht dit meteen en uiterlijk binnen veertien dagen aan de zorgverzekeraar te melden.

lid 5

De verzekeringnemer en verzekerde mogen geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden – verzekeraars daaronder begrepen - die de zorgverzekeraar in verhaalsmogelijkheden benadelen of kunnen benadelen, tenzij verzekeringnemer en verzekerde daarvoor van de zorgverzekeraar vooraf schriftelijke toestemming hebben verkregen.

lid 6

Als verzekeringnemer en verzekerde het bepaalde in de vorige leden van dit artikel niet nakomen, kan de zorgverzekeraar de reeds vergoede kosten terugvorderen, de vergoeding van nog te ontvangen nota's opschorten en / of de verzekeringnemer en verzekerde aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die direct danwel indirect voortvloeien uit de niet nakoming van de verplichtingen uit leden 4 en 5.

Artikel 13 Onwaarachtige weergave van feiten

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 1

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- a. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. De zorgverzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;
- c. De zorgverzekeraar heeft het recht met onmiddellijke ingang de verzekeringsovereenkomst te beëindigen, als hij binnen twee maanden daaraan voorafgaand heeft ontdekt, dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd.

Artikel 14 Onrechtmatige inschrijving

lid 1

Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen (of niet langer) verzekeringsplicht bestaat.

lid 2

De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat zijn verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door hem sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 15 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

lid 1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste vier weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 16 Overige voorwaarden

lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, 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 de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een instelling voor medisch specialistische zorg in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

lid 3 Begin en einde van de vergoeding

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Artikel 17 Geschillen

lid 1

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

geschillen

lid 2

Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Juridische Zaken van de zorgverzekeraar.

lid 3

Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen vier weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.

lid 4

In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

klachten

lid 5

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Heeft u een klacht, anders dan in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst, dan kunt u dit aan ons laten weten. Als u dat schriftelijk doet, dan kunt u een brief sturen naar de Klachtencoördinator (Postbus 4349, 5004 JH in Tilburg).

lid 6

De Raad van Bestuur beslist over uw klacht en wij stellen u van deze uitkomst op de hoogte.

lid 7

Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur en zijn uw klachten naar redelijke verwachtingen niet weggenomen? U heeft dan de volgende mogelijkheden:

- a. u kunt uw klacht voorleggen aan de rechter.
- b. u kunt uw klacht ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering. Bij deze stichting werkt de Ombudsman zorgverzekeringen. Deze ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen.

lid 8

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen klachten indienen bij de NZa over de door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

lid 9 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie en zullen alleen worden gebruikt voor de doelstellingen die in de polisvoorwaarden zijn genoemd en bij de Commissie Bescherming Persoonsgegevens zijn gemeld.

lid 10 Materiële controle

Wij zijn bevoegd materiële, inhoudelijke controle en onderzoek naar fraude te verrichten met betrekking tot de afwikkeling van de zorgverzekering en de gegevens die wij daarvoor in onze administratie hebben opgeslagen en verwerkt. Dit doen wij op de wijze zoals is vastgesteld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen", welke laatste twee zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. U geeft ons daarvoor toestemming en bent verplicht daaraan uw medewerking te verlenen.

II Prestatiewijze en dekking

Artikel 18 Prestatiewijze en dekking

lid 1

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- a. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- b. indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

lid 2

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten volgens het hiervoor in dit lid genoemde wettelijk (maximum-)tarief danwel het in Nederland geldende marktconform tarief. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 3

De verzekerde geeft de zorgverzekeraar toestemming om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen. De zorgverzekeraar kan met hen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij de zorgverzekeraar indienen en dat de zorgverzekeraar deze rechtstreeks aan hen betaalt. De zorgverzekeraar kan ook afspreken eenmaal door de zorgverleners of leveranciers ingediende nota's naar hen terug te sturen zodat zij die zelf innen. De tussenkomst van de verzekerde is dan niet nodig. De verzekerde is verplicht hieraan mee te werken. Als de zorgverzekeraar van een zorgverlener of leverancier een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt de verzekerde dus geacht aan de zorgverzekeraar toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener of leverancier te betalen. Als de zorgverzekeraar de rekening aan de zorgverlener of leverancier betaalt, vervalt daarmee de plicht van de zorgverzekeraar de kosten aan de verzekerde te vergoeden.

Indien en voorzover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt de verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van de zorgverzekeraar, van het voor de verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde, te hebben verleend.

Als de verzekerde op grond van de Algemene Voorwaarden geen recht heeft op een vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat de zorgverzekeraar aan de zorgverlener of leverancier betaald heeft (bijvoorbeeld door eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding), is de verzekerde verplicht aan de zorgverzekeraar het verschil te betalen. De verzekerde betaalt aan de zorgverzekeraar dit verschil op de wijze waarop de verzekerde de premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro).

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 4 doorlopende toestemming, verwijzing, recept

Voor zover een verzekerde ingevolge zijn geëindigde zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt de zorgverzekeraar van de opvolgende zorgverzekering niet nogmaals dat toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Geneeskundige zorg

Artikel 19 Huisartsenzorg

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts / zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

lid 2

De aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek gedeclareerd door een huisarts.

Lid 3 Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg is verleend door een huisarts of door zorgverleners die vallen onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts binnen een huisartsenpost of huisartsvoorziening (zoals praktijkondersteuner, gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner en physician assistant).

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van de huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde instelling voor medisch specialistische zorg).

Artikel 20 Medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 1

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 31.

lid 2 Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in een instelling voor medisch specialistische zorg gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

- a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;
- b. kaakchirurgische zorg betrekking heeft op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en extracties in narcose;
- c. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op behandelingen van plastisch chirurgische aard.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

Tenzij sprake is van acute zorg, heeft voor de medisch specialistische zorg een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts (deze laatste als het betreft het aanbrengen van tandheelkundige implantaten). Ingeval van een second opinion is een afzonderlijke verwijzing door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts noodzakelijk. Ingeval van zwangerschap en/of bevalling kan een verwijzing ook plaatsvinden door een verloskundige. De verwijzing houdt noodzakelijkerwijs verband met de uitoefening van het beroep van de betreffende zorgverlener.

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een instelling voor medisch specialistische zorg, medisch specialist, kaakchirurg of tandarts algemeen practicus (deze laatste als het betreft het aanbrengen van tandheelkundige implantaten).

plaats:

de zorg wordt verleend op de lokatie van de instelling voor medisch specialistische zorg.

lid 3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een instelling voor medisch specialistische zorg. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Met betrekking tot prenatale screening omvat de aanspraak tevens de vergoeding van kosten voor:

- a. de counseling over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen;
- b. het structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap en de combinatietest;
- c. combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek) bij vrouwen van 36 jaar en ouder;
- d. combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek) bij vrouwen tot 36 jaar, indien daarvoor een medische indicatie bestaat.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de tot dat doel door de zorgverzekeraar gecontracteerde medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

**Voorwaarden
toestemming:**

toestemming vooraf is vereist, als:

- a. de kaakchirurgische zorg betrekking heeft op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en extracties in narcose; of
- b. de medisch specialistische zorg verleend wordt in een instelling voor medisch specialistische zorg

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

Voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts of tandarts (deze laatste als het betreft het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en extracties in narcose). Ingeval van een second opinion is een afzonderlijke verwijzing door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts noodzakelijk. Ingeval van zwangerschap en/of bevalling kan een verwijzing ook plaatsvinden door een verloskundige.

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist, kaakchirurg of tandarts algemeen practicus (deze laatste als het betreft het aanbrengen van tandheelkundige implantaten). Betreft de medisch specialistische zorg het maken van een echoscopie of het uitvoeren van een combinatietest in het tweede trimester tijdens de zwangerschap, dan kan deze zorg ook worden verleend door een huisartsenlaboratorium mits deze beschikt over een vergunning krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum dat over een dergelijke vergunning beschikt, tenzij sprake is van een medische indicatie.

plaats:

de zorg wordt verleend op een lokatie van de instelling voor medisch specialistische zorg, de huispraktijk van de medisch specialist, bij ziekenhuisverplaatste zorg bij de patiënt thuis, of in de praktijk van de tandarts (deze laatste als het betreft het aanbrengen van tandheelkundige implantaten). Voor de in-vitrofertilisatiebehandelingen moet de zorginstelling de wettelijk vereiste vergunningen hebben.

lid 4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten indien die strekt ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- f. de buikwand als sprake is van een verminking of een ernstige functiebeperking, en de Body Mass Index gedurende ten minste twaalf maanden kleiner dan of gelijk aan dertig is. Onder verminking wordt verstaan een ernstige, direct in het oog springende misvorming (b.v. door brandwonden, reumatoïde artritis of amputaties van lichaamsdelen). Van ernstige functiebeperking is sprake ingeval van onbehandelbare smetten in huidplooien of ernstige bewegingsbeperking.

**Voorwaarden
toestemming:**

toestemming vooraf is vereist. De aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist of bedrijfsarts. Ingeval van een second opinion is een afzonderlijke verwijzing door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of verpleeghuisarts noodzakelijk.

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist.

plaats:

de zorg wordt verleend op de lokatie van de instelling voor medisch specialistische zorg of de huispraktijk van de medisch specialist.

lid 5 Uitgesloten behandelingen

In aanvulling op het bepaalde in artikel 2 lid 4 bestaat:

- a. geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of twee van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging als bedoeld in artikel 1 (Begripsomschrijvingen) van deze polis per te realiseren zwangerschap.
- b. geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
 - behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde (mannelijke besnijdenis).

Artikel 21 Verloskundige zorg en kraamzorg

lid 1

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan de instelling voor medisch specialistische zorg, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden danwel zelfstandig werkend of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

lid 2 Bevalling en/of kraambed in een instelling voor medisch specialistische zorg met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg naar het oordeel van de verloskundige of huisarts of medisch specialist medisch noodzakelijk is – ook al is dat verblijf voor slechts één van beiden medisch noodzakelijk - , bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 20 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het instelling voor medisch specialistische zorg.

Voorwaarden zorgverlener:

de medisch specialistische zorg door of vanwege een instelling voor medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist of een verloskundige.

overige voorwaarden:

de kraamzorg moet vijf maanden voor de verwachte bevallingsdatum worden aangevraagd.

lid 3 Bevalling en/of kraambed in een instelling voor medisch specialistische zorg zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum

Indien de bevalling en/of het kraambed in een instelling voor medisch specialistische zorg zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige hulp en kraamzorg.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling voor medisch specialistische zorg € 104,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door de instelling voor medisch specialistische zorg, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het instelling voor medisch specialistische zorg.

Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door de verloskundige dan wel medisch specialist in overleg en samenspraak met het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Voorwaarden

zorgverlener:

toestemming vooraf is niet vereist.

zorgverlener:

de verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts of een medisch specialist. Voorts wordt de kraamzorg verleend door een bij wet erkende instelling.

plaats:

de verloskundige zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg (verloskamer) of op de lokatie van een kraamcentrum of kraaminrichting.

overige voorwaarden:

er is voldaan aan de voorwaarden die gesteld worden aan medisch specialistische zorg danwel huisartsenzorg. De kraamzorg moet vijf maanden voor de verwachte bevallingsdatum worden aangevraagd.

lid 4 Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een instelling voor medisch specialistische zorg

Indien na de bevalling in een instelling voor medisch specialistische zorg kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door de verloskundige dan wel medisch specialist in overleg en samenspraak met het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een instelling voor medisch specialistische zorg kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid 5 sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in de instelling voor medisch specialistische zorg heeft plaatsgevonden, het

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

aantal dagen in de instelling voor medisch specialistische zorg doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid 5 sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de kraamzorg is verleend door een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een bij wet erkende instelling, en die werkt volgens het landelijk indicatieprotocol kraamzorg.

plaats:

de kraamzorg vindt plaats bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde instelling voor medisch specialistische zorg) of op de lokatie van het kraamcentrum.

overige voorwaarden:

De kraamzorg moet vijf maanden voor de verwachte bevallingsdatum worden aangevraagd.

lid 5 Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg)
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende gedurende ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld door de verloskundige dan wel medisch specialist in overleg en samenspraak met het kraambureau.
Op de aanspraak onder lid 5 sub c blijft een bedrag van € 3,70 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de verloskundige zorg is verleend door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts. De kraamzorg is verleend door een volledig gediplomeerd kraamverzorgende onder verantwoordelijkheid van een door ons erkend kraamcentrum of zelfstandig werkende kraamverzorgende.

plaats:

de kraamzorg vindt plaats bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde instelling voor medisch specialistische zorg) of op de lokatie van het kraamcentrum.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

overige voorwaarden:

De kraamzorg moet vijf maanden voor de verwachte bevallingsdatum worden aangevraagd.

Overige medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke Gezondheidszorg)

Artikel 22 Revalidatie

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- a. deze zorg voor de 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,
- b. de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

lid 2

Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- b. in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

lid 3

Voor de onder lid 1 en lid 2 bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de zorgverzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient deugdelijk gemotiveerd te zijn, en dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, huisartsvoorziening of medisch specialist.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

zorgverlener:

de zorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch specialist of revalidatie-arts.

plaats:

de zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is.

Artikel 23 Organtransplantaties

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie in een instelling voor medisch specialistische zorg van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas.

Onder de aanspraak op de vergoeding van kosten valt tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.

Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 2

De donor heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname.

Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit de instelling voor medisch specialistische zorg en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten.

Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Voorwaarden

Voor de verzekerde zorg voor de weefsel- of orgaanontvanger moet zijn voldaan aan de volgende voorwaarden:

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een zorgverlener die voldoet aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en die is verbonden aan een wettelijk erkend en bevoegd transplantatiecentrum.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een wettelijk erkend transplantatiecentrum.

overige voorwaarden:

de transplantatie vindt plaats op grond van een indicatie die volgens algemeen geldende medische opvattingen voor de betreffende vorm van transplantatie is aanvaard.

Artikel 24 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

lid 2

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens

- a. de vergoeding van de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- b. de vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- c. de vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- d. de vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- e. de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een medisch specialist die deskundig is op het gebied van dialyseren.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

zorgverlener:

de zorg wordt uitgevoerd door of onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist die deskundig is op het gebied van dialyseren.

plaats:

de zorg vindt plaats in een instelling voor nierdialyse die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is, op het praktijkadres van de nefroloog, of bij de verzekerde aan huis.

Artikel 25 Mechanische beademing

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

- a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

voor de zorg heeft een voorschrift plaatsgevonden door een medisch specialist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door of onder eindverantwoordelijkheid van een daartoe bevoegd en erkend beademingscentrum.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een daartoe erkend beademingscentrum of bij de patient aan huis.

Artikel 26 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

Niet vereist.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

plaats:

niet vereist.

Artikel 27 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst. De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

de zorg is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, huisartsvoorziening, behandelend medisch specialist of trombose-arts verbonden aan een erkende trombosedienst.

verwijzing:

Niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door de daartoe bevoegde en erkende trombosediensten.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een erkende trombosedienst, op de praktijklocatie van de behandelend zorgverlener of bij de behandelde verzekerde aan huis.

Artikel 28 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, 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 de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Voorwaarden**toestemming:**

niet vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een arts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een klinisch geneticus die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen, verbonden aan een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum.

Artikel 29 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een instelling voor medisch specialistische zorg / audiologisch centrum, bestaande uit:

- a. onderzoek naar de gehoorfunctie;
- b. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- d. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- e. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Voorwaarden**toestemming:**

niet vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een instelling voor medisch specialistische zorg / audiologisch centrum dat is erkend door de bevoegde overheidsinstantie, of door een zorgverlener die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor deze zorg en die tevens is verbonden aan zo'n instelling voor medisch specialistische zorg / audiologisch centrum.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een wettelijk erkende en bevoegde instelling voor medisch specialistische zorg / audiologisch centrum.

Artikel 30 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling - de noodzakelijke behandelingen, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage wordt desgevraagd toegezonden en is te raadplegen op de internetsite van de zorgverzekeraar.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch specialist.

zorgverlener:

- a. fysiotherapie wordt verleend door een fysiotherapeut;
- b. manuele therapie wordt verleend door een manueel therapeut;
- c. bekken therapie wordt verleend door een bekken therapeut;
- d. oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage wordt verleend door een oedeemtherapeut of een huidtherapeut;
- e. oefentherapie wordt verleend door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

plaats:

de zorg vindt plaats op de praktijklocatie van de behandelend zorgverlener, bij de behandelde verzekerde aan huis of de lokatie van een zorginstelling (de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die fysiotherapie of oefentherapie leveren).

lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens de eerste negen behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Er bestaat aanspraak op maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoreikend resultaat.

Voorwaarden

toestemming:

Toestemming vooraf is vereist in geval sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch specialist.

zorgverlener:

- a. fysiotherapie wordt verleend door een fysiotherapeut;
- b. manuele therapie wordt verleend door een manueel therapeut;
- c. bekken therapie wordt verleend door een bekkentherapeut;
- d. kindersfysiotherapie wordt verleend door een kindersfysiotherapeut;
- e. oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage wordt verleend door een oedeemtherapeut of een huidtherapeut;
- f. oefen therapie wordt verleend door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

plaats:

de zorg vindt plaats op de praktijklocatie van de behandelend zorgverlener, bij de behandelde verzekerde aan huis of de lokatie van een zorginstelling (de afdeling fysiotherapie in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die extramurale / eerstelijns fysiotherapie leveren).

lid 4 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een ergotherapeut.

plaats:

de zorg vindt plaats in de behandelruimte van de behandelend ergotherapeut of op de lokatie van een zorginstelling (de afdeling ergotherapie in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die ergotherapie leveren). De zorg kan ook plaatsvinden bij de behandelde verzekerde aan huis, mits de behandeling medisch noodzakelijk is.

lid 5 Logopedie

Logopedie omvat behandeling, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling met een onderwijskundig doel bij voorbeeld wegens taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een logopedist.

plaats:

de zorg vindt plaats op de praktijklocatie van de behandelend logopedist, bij de behandelde verzekerde aan huis of op de lokatie van een zorginstelling (de afdeling logopedie in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die logopedie leveren).

lid 6 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten op grond van medische noodzaak gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een diëtist.

plaats:

de zorg vindt plaats op de praktijklocatie van de behandelend diëtist, bij de behandelde verzekerde aan huis of op de lokatie van een zorginstelling (de afdeling in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die dieetadvisering leveren).

Artikel 31 Mondzorg

lid 1

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien de 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 de 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 de verzekerde zonder die andere zorg geen

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.).

plaats:

de zorg vindt plaats in de instelling voor medisch specialistische zorg, op de lokatie van een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.) of instelling voor medisch specialistische zorg

lid 2

Onder 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.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist. Aan de aanvraag moet een schriftelijk gemotiveerd behandelplan plus kostenbegroting worden toegevoegd.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.).

plaats:

de zorg vindt plaats in de instelling voor medisch specialistische zorg, op de lokatie van een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg, centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.).

Lid 3

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.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of zorgverlener verbonden een aan centrum voor mondzorg of centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.).

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een tandartspraktijk, orthodontistenpraktijk of centrum voor mondzorg of centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.).

overige voorwaarden:

Indien bij gecombineerde behandeling een prothetische nabehandeling noodzakelijk is, dient dat deel van het behandelplan opgesteld te worden door een tandarts / prothetist.

lid 4

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de 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 de 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 een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist, tenzij sprake is van mondzorg als bedoeld onder L..

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of zorgverlener verbonden een aan

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

centrum voor mondzorg, centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.), een instelling voor medisch specialistische zorg.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg, centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.), een instelling voor medisch specialistische zorg.

lid 5

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

- a. chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist, behoudens de situaties genoemd in lid 11.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg te verlenen door een kaakchirurg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een tandarts of huisarts.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een medisch specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, al dan niet verbonden aan centrum voor mondzorg.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van de praktijk van de medisch specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, of op de lokatie van een centrum voor mondzorg, instelling voor medisch specialistische zorg.

- b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist:

- a. als de totale kosten van de tandprothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, meer dan € 600,00 per onder- danwel bovenkaak bedragen;
- b. als de totale kosten van de tandprothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 450,00 per onder- danwel bovenkaak bedragen;
- c. als de tandprothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen;
- d. als de tandprothetische voorziening vervaardigd en geplaatst wordt door een zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

In andere gevallen en voor de overige zorg is geen toestemming vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Betreft de verleende zorg de vervaardiging en levering van een nieuwe, uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten, of het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, dan kan deze zorg ook worden verleend door een tandprotheticus.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Betreft de verleende zorg de vervaardiging en levering van een nieuwe, uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten, of het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, dan kan deze zorg ook worden verleend op de lokatie van de praktijk van een tandprotheticus.

overige voorwaarden:

de aanspraak omvat niet meer dan het gemachtigde bedrag en de kosten moeten zijn gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus.

lid 6

De verzekerde van achttien jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

lid 7

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90 per kaak

lid 8

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.

lid 9

De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

lid 10

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten voor de hulp, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder I is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

lid 11

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

lid 12

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste tot en met het vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

lid 13 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen de kosten voor vergoeding in aanmerking van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,00 per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,00 per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Artikel 32 Farmaceutische zorg

lid 1

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van terhandstelling van:

- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- b. geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;
- c. geneesmiddelen die overeenkomstig bij ministeriële regeling vast te stellen regels in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht en die hetzij zijn bereid volgens zijn specificaties, hetzij in een andere lidstaat of een derde land in de handel zijn en op zijn verzoek zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht;
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2

De onder lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van terhandstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de verzekeraar. Deze is tevens in te zien via de internetsite van de zorgverzekeraar.

De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel ter hand te stellen, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in zijn Reglement Farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de terhandstelling van een aantal geneesmiddelen.

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen afgeleverd c.q. worden de kosten van terhandstelling slechts vergoed voor een maximale periode van:

- a. 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- b. 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- c. drie maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- d. dertig dagen indien het hypnotica en anxiolytica;
- e. 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft;
- f. 1 maand in overige gevallen.

Voorwaarden toestemming:

toestemming vooraf is vereist voor de terhandstelling van een bepaald geneesmiddel waaraan in de Regeling zorgverzekering eisen zijn gesteld. Voor de toestemming met betrekking tot deze geneesmiddelen zie het Reglement Farmaceutische zorg;

Voor de terhandstelling van geneesmiddelen in andere gevallen is geen toestemming vereist.

voorschrift:

de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, huisartsvoorziening, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist, tandarts en verloskundige.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of een apotheehoudend huisarts.

plaats:

de terhandstelling van geneesmiddelen vindt plaats op de lokatie van een praktijk van apotheehoudend huisarts en de door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek en internetapothek of uw woonadres.

lid 3 Dieetpreparaten

Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als er sprake is van:

- a. een ernstige slikstoornis of een ernstige passagestoornis of een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of
- b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
 1. een chronisch obstructief longlijden, of
 2. een cystische fibrose, of
 3. een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Voorwaarden**toestemming:**

toestemming vooraf is vereist voor de terhandstelling van dieetpreparaten.

voorschrift:

de dieetpreparaten zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist of diëtist.

verwijzing:

Niet vereist.

zorgverlener:

de dieetpreparaten zijn ter hand gesteld door een door ons aangewezen leverancier van deze dieetpreparaten.

plaats:

de terhandstelling van dieetpreparaten vindt plaats op de lokatie van het bedrijf van de door ons aangewezen leverancier van deze dieetpreparaten, bij de behandelde verzekerde aan huis, de lokatie van een zorginstelling (afdeling in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen), of een andere door u en de leverancier overeen te komen lokatie die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

Artikel 33 Hulpmiddelenzorg

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Met betrekking tot medische hulpmiddelen, die in aanmerking komen voor bruikleen, bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van deze hulpmiddelen maar een aanspraak op verstrekking in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

opgenomen.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via de internetsite van de zorgverzekeraar en wordt u desgevraagd toegezonden.

lid 2

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als dat volgens ons Reglement Hulpmiddelen voor het betreffende hulpmiddel of hulpdier is vereist. Wij hebben aan deze toestemming nadere voorwaarden verbonden.

voorschrift:

het hulpmiddel of verbandmiddel is voorgeschreven, zoals dat in ons Reglement Hulpmiddelen voor het betreffende hulpmiddel, hulpdier of verbandmiddel is aangegeven.

verwijzing:

Niet vereist.

zorgverlener:

het hulpmiddel of verbandmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen of andere leverancier.

plaats:

de aflevering vindt plaats op de lokatie van het bedrijf van de door ons aangewezen of andere leverancier van dat hulpmiddel of verbandmiddel, op uw woonadres, of andere door u en de leverancier overeen te komen lokatie die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

lid 3

De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

lid 4

De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

lid 5

Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

lid 6

Onder de aanspraak valt niet de vergoeding van kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de A.W.B.Z..

lid 7

Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door de zorgverzekeraar in het

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

betreffende reglement zijn opgenomen.

Artikel 34 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

lid 1

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

lid 2 Ambulancevervoer

Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3

Vervallen.

lid 4

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een A.W.B.Z.-instelling.

Voorwaarden voor ambulancevervoer

toestemming:

Niet vereist.

voorschrift:

het ambulancevervoer is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts en medisch specialist, tenzij sprake is van acuut ambulancevervoer.

verwijzing:

Niet vereist.

zorgverlener:

Het ziekenvervoer is verzorgd door een erkende vergunning houdende ambulancedienst.

plaats:

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw wettelijke woonadres, tijdelijk verblijfsadres, de plaats waar u behandeld wordt, of van uw ongeval of plotselinge ziekte:

- a. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin geheel of gedeeltelijk verzekerde zorg plaatsvindt;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de A.W.B.Z. zult verblijven;
- c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b., naar:
 - 1) een zorgverlener bij wie of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de A.W.B.Z. een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2) een zorgverlener, leverancier of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de A.W.B.Z. wordt verstrekt;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, indien u komt van een van de zorgverleners of instellingen, bedoeld in de onderdelen a., b. of c..

overige voorwaarden:

een andere vorm van vervoer is om medische redenen niet mogelijk.

Zittend ziekenvervoer

lid 5

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in de "voorwaarden voor ambulancevervoer" van dit artikel, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, of per auto of taxi, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- a. de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

Voorwaarden voor zittend ziekenvervoer

toestemming:

Toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

Ziekenvervoer is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch specialist.

verwijzing:

Niet vereist.

zorgverlener:

Het ziekenvervoer is verzorgd door een erkende vergunning houdende taxivervoerder, openbaar vervoer of door gebruikmaking van eigen of huurauto.

plaats:

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde instelling voor medisch specialistische zorg) naar de plaats van uw behandeling en retour.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

lid 6 hardheidsclausule

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

behandelend arts. Kijkt u ook op onze internetsite voor meer informatie over zittend ziekenvervoer.

**Voorwaarden
toestemming:**

Toestemming vooraf is vereist.

lid 7

Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

**Voorwaarden
toestemming:**

Toestemming vooraf is vereist.

lid 8

Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

**Voorwaarden
toestemming:**

Toestemming vooraf is vereist.

lid 9

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 86 per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Artikel 35 Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- a. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- b. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bij voorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- c. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- f. 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;
- g. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
- h. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- i. voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mitterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- j. Als de behoefte aan zorg het gevolg is van 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 financieel toezicht 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, heeft de verzekerde 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 de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de 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 36 Begripsomschrijvingen GGZ

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg

instelling met rechtspersoonlijkheid uitsluitend gericht op de eerstelijns (psychologische) gezondheidszorg, waarbinnen een of meer gezondheidszorgpsychologen – al dan niet in loondienst - uitsluitend eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) leveren.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. Deze zorg betreft pathologische psychische problematiek (zoals depressieve, angst- en aanpassingsstoornissen), vereist gespecialiseerde zorg na verwijzing (soms monodisciplinaire behandeling, maar vaak multidisciplinaire behandeling), eventueel met medicatie, crisisopvang en/of opname in een instelling. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Artikel 37 Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg). De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:

- a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
- b. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10 per zitting betaalt.

Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38.

Voorwaarden

toestemming:

Niet vereist, tenzij de verzekerde een Persoonsgebonden Budget (PGB) aanvraagt.

voorschrift:

De eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) is voorgeschreven door een gezondheidszorgpsycholoog.

verwijzing:

voor de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) is een verwijzing van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, bedrijfsarts of Bureau Jeugd Zorg vereist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de A.W.B.Z..

zorgverlener:

De eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg.

plaats:

De eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) wordt verleend op de lokatie van de praktijk van de gezondheidszorgpsycholoog, op de lokatie van de vestiging van de eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg, waar de patiënt behandeld wordt, of bij de patiënt aan huis. Wordt de patiënt aan huis behandeld, dan moet daarvoor een indicatie aanwezig zijn.

Artikel 38 Specialistische GGZ

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg). De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijnspsychologische zorg genoemd in artikel 37.

lid 2 Psychiatrische ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een instelling voor medisch specialistische psychiatrische zorg of op een psychiatrische afdeling van een instelling voor medisch specialistische zorg gedurende ten hoogste 365 dagen.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Voorwaarden psychiatrische ziekenhuisopname

toestemming:

toestemming is alleen vereist bij opname in een niet-gecontracteerde instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland.

voorschrift:

een voorschrift van een medisch specialist (psychiater/zenuwarts) is vereist.

verwijzing:

een verwijzing is vereist van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist (psychiater/zenuwarts) of Bureau Jeugd Zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de A.W.B.Z..

zorgverlener:

De specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) wordt verleend door een instelling voor medisch specialistische zorg, inclusief verblijf.

plaats:

De specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg), inclusief het verblijf, wordt verleend op de lokatie van de vestiging van een instelling voor medisch specialistische zorg.

lid 3 Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg). De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorwaarden voor specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg), zijnde psychotherapie inclusief psychoanalytische behandeling

toestemming:

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Niet vereist, tenzij de verzekerde een Persoonsgebonden Budget (PGB) aanvraagt.

voorschrift:

een voorschrift van een medisch specialist (psychiater/zenuwarts), psychotherapeut, klinisch psycholoog is vereist.

verwijzing:

een verwijzing is vereist van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist (psychiater/zenuwarts), bedrijfsarts of Bureau Jeugd Zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de A.W.B.Z..

zorgverlener:

De specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) wordt verleend door een medisch specialist (psychiater/zenuwarts), psychotherapeut, klinisch psycholoog of door een instelling voor medisch specialistische zorg.

plaats:

De specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) voorzover niet sprake is van psychoanalytische behandeling, wordt verleend op de lokatie van de vestiging van een instelling voor medisch specialistische zorg, welke instelling is ingericht om zorg inclusief of exclusief verblijf te bieden, op de lokatie van de huispraktijk van de zorgverlener, waar de patiënt behandeld wordt, of bij de patiënt aan huis. De specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) voorzover sprake is van psychoanalytische behandeling, wordt verleend op de lokatie van de vestiging van een instelling voor medisch specialistische zorg, welke instelling is ingericht om zorg inclusief of exclusief verblijf te bieden. Wordt de patiënt aan huis behandeld, dan moet daarvoor een indicatie aanwezig zijn.

Voorwaarden voor overige specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg), niet zijnde psychotherapie

toestemming:

Niet vereist, tenzij de verzekerde een Persoonsgebonden Budget (PGB) aanvraagt of sprake is van een psychoanalytische behandeling.

voorschrift:

een voorschrift van een medisch specialist (psychiater/zenuwarts) is vereist.

verwijzing:

een verwijzing is vereist van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist (psychiater/zenuwarts), bedrijfsarts (voorzover geen sprake is van psychoanalyse) of Bureau Jeugd Zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de A.W.B.Z..

zorgverlener:

De specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) wordt verleend door een medisch specialist (psychiater/zenuwarts) of door een instelling voor medisch specialistische zorg.

plaats:

De specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) wordt verleend op de lokatie van de vestiging van een instelling voor medisch specialistische zorg, welke instelling is ingericht om zorg inclusief of exclusief verblijf te bieden.

lid 4

Voor een psychotherapeutische (waar onder ook psychoanalytische) behandeling als bedoeld

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

in lid 3 geldt een eigen bijdrage:

- a. Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie betaalt de verzekerde een bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702 per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin.
- b. Voor partnerrelatiepsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351 per verzekerde per kalenderjaar.
- c. De bijdrage is niet verschuldigd, indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

Artikel 39 Persoonsgebonden budget

lid 1

De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken op de vergoeding van kosten op grond van artikelen 37 en 38 leden 1 en 3, de zorgverzekeraar verzoeken om een persoonsgebonden budget. Voor de aanspraak op een persoonsgebonden budget gelden, in aanvulling op de in de artikelen 37 en 38 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals in het Reglement PGB Experiment GGZ bepaald.

lid 2

De verzekerde heeft aanspraak op een door de zorgverzekeraar te verstrekken budget indien hij aannemelijk heeft gemaakt, dat hij behoefte heeft aan de desbetreffende zorgvorm (specifieke diagnosebehandelingcombinatie dan wel eerstelijnspsychologische zorg). Het Reglement PGB Experiment GGZ maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst.

lid 3

De verzekerde heeft aanspraak op het persoonsgebonden budget, dat wordt verstrekt in de vorm van een door de verzekeraar te bepalen toekenning. De hoogte van de toekenning is gelijk aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid voor de desbetreffende vorm van zorg of andere dienst passend zijn te achten, verminderd met de eigen bijdragen, indien voor deze zorg of andere dienst die van toepassing zijn. De verzekerde ontvangt de toekenning zodra blijkt dat hij aanspraak heeft daarop en voldoet aan andere door de zorgverzekeraar te bepalen voorwaarden.

lid 4

Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de A.W.B.Z., behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan de toekenning ingevolge de A.W.B.Z. heeft plaatsgevonden. De voorwaarden van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing.

Reglement PGB Experiment GGZ

Dit Reglement is een nadere invulling – ter bepaling van de zorgverzekeraar - van de wettelijke bepaling inzake het PGB experiment GGZ.

Dit reglement is geldig vanaf 1 januari 2008.

Bij de toekenning van het PGB door de verzekeraar gelden de volgende voorwaarden:

- 1.**
De zorgverzekeraar verstrekt de toekenning slechts indien en voor zover de verzekerde aannemelijk kan maken dat de verzekerde behoefte heeft aan de desbetreffende vorm van zorg of dienst.
- 2.**
De hoogte van de toekenning is ten hoogste gelijk aan de kosten als genoemd in artikel 39 lid 3 van de zorgverzekering.
- 3.**
De zorgverzekeraar voldoet de toekenning in redelijke door hem te bepalen termijnen.
- 4.**
De zorgverzekeraar houdt zich het recht voor om in plaats van geld op geld waardebare coupons te verstrekken.
- 5.**
De verzekerde moet kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en moet zich daartoe wenden tot een zorgverlener of instelling die bevoegd is tot het verlenen van zorg zoals genoemd is in de artikelen 37 en 38 leden 1 en 3.
- 6.**
De verzekerde moet zorgdragen voor een schriftelijke overeenkomst met de zorgverlener.
- 7.**
De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat de door of namens de zorgverlener ondertekende declaratie gespecificeerd is. De betreffende declaratie dient te bevatten: aard van de behandeling, datum behandeling, duur van de behandeling, gedeclareerde bedrag, het uurtarief, het sofi-nummer en de naam en het adres van de zorgverlener.
- 8.**
De verzekerde dient overeenkomsten met de door hem gecontracteerde zorgverlener en de declaraties van betreffende de zorgverlener gedurende een periode van vijf jaar te bewaren. Indien de zorgverzekeraar naar betreffende gegevens informeert dient de verzekerde deze te kunnen overleggen.
- 9.**
De verzekerde moet binnen 4 weken na het einde van een toekenningsperiode aan de zorgverzekeraar verantwoording afleggen over de verrichte betalingen.
- 10.**

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

De verzekerde moet bij de verantwoording betreffende de laatste toekenningperiode een overzicht aan de zorgverzekeraar verstrekken met de namen, adressen en sofi-nummers van de ingeschakelde zorgverleners.