
ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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	8
Artikel 6 Beëindiging van rechtswege.....	10
Artikel 7 Premie.....	10
Artikel 8 Herziening van premie.....	11
Artikel 9 No-claimteruggave	12
Artikel 10 Eigen risico.....	13
Artikel 11 Buitenland	14
Artikel 12 Verplichtingen van de verzekerde	15
Artikel 13 Onwaarachtige weergave van feiten	16
Artikel 14 Onrechtmatige inschrijving	16
Artikel 15 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	16
Artikel 16 Overige voorwaarden	17
Artikel 17 Geschillen	17
II Prestatiewijze en dekking.....	18
Artikel 18 Prestatiewijze en dekking	18
Geneeskundige zorg	19
Artikel 19 Huisartsenzorg.....	19
Artikel 20 Medisch-specialistische zorg (excl. Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg)	19
19	
Artikel 21 Verloskundige zorg en kraamzorg	22
Overige medisch-specialistische zorg	25
Artikel 22 Revalidatie	25
Artikel 23 Organtransplantaties	26
Artikel 24 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse.....	27
Artikel 25 Mechanische beademing.....	28
Artikel 26 Oncologische aandoeningen bij kinderen	29
Artikel 27 Trombosedienst.....	29
Artikel 28 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	30
Artikel 29 Audiologische zorg	30
Artikel 30 Paramedische zorg	31
Artikel 31 Mondzorg	34
Artikel 32 Farmaceutische zorg.....	39
Artikel 33 Hulpmiddelenzorg	41
Artikel 34 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	43
Artikel 35 Uitsluitingen.....	45

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Ambulance

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

Apotheek

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

Apotheker

degene die als apotheker geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G..

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.

AWBZ

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 in het betreffende 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

Een universitair of daarmee door de verzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 erfelijkheidsadvisering.

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 het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-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.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, 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 aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement.

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 als huidtherapeut geregistreerd staat bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

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.

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.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die 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

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

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".

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 Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Opname

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

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie 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 uitvoeren 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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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.

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,

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

lid 1

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 inroepen bij 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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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

lid 3

Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

Artikel 5 Duur van de zorgverzekering

lid 1

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 1 november 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

Wanneer de verzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering als gevolg van wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging door de verzekeringnemer, werkt de ingang van de verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

lid 4

Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 5

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.

lid 6

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 7

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 8 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;
- c. in de periode dat de verzekeringnemer de verzekering kan beëindigen door herroeping, mag de verzekerde geen kosten hebben gemaakt die voor vergoeding in aanmerking komen onder de verzekering die de verzekeringnemer door middel van herroeping wil beëindigen.

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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

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.

Artikel 7 Premie

lid 1

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage).

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.
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 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 met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin 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 No-claimteruggave

lid 1

Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255 heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zgn no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255 en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. Op de no-claimteruggave 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 het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- b. de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.

lid 2

Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn komen niet in aanmerking voor een no-claimteruggave.

lid 3

Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het eerste lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.

lid 4

Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave berekend door het bedrag van € 255 in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 5

Indien het voorgaande van toepassing is wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de premie verschuldigd werd.

lid 6

Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Artikel 10 Eigen risico

lid 1

Het 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 eigen risico van €100, €200, €300, €400 of €500 eigen risico per kalenderjaar overeenkomen. Of, en zo ja, welk eigen risico bedrag op uw verzekering van toepassing is, staat op uw polisblad vermeld.

lid 3

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

lid 4

De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
- b. 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 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 eigen risico.

lid 5

Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 9, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.

lid 6

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het 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 eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- a. ieder bedrag aan 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 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 eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

Artikel 11 Buitenland

lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 18 lid 1 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 conform de zorgverzekering:
 - 1. tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 - 2. indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

lid 3

De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

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

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-

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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.

Artikel 12 Verplichtingen van de verzekerde

lid 1

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis 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;
- 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;
- 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.

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

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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

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 per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

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 niet (of niet langer) verzekeringsplicht bestaat.

lid 2

De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de 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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 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 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 ziekenhuis 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 u op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht heeft op vergoeding van door u gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover u 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.

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 acht 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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 4

In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan 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.

lid 5

Vervallen.

lid 6 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.

II Prestatiewijze en dekking

Artikel 18 Prestatiewijze en dekking

lid 1

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

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

lid 2

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

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.

lid 3

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

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.

Lid 3 Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg is verleend door een huisarts in wiens praktijk u bent ingeschreven of door zorgverleners die vallen onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts binnen een dienstenstructuur of huisartsvoorziening (zoals praktijkondersteuner, gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner en physician assistant).

plaats:

de zorg vindt plaats bij u thuis (alleen door de huisarts), op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis en alleen door de huisarts), of op de lokatie van de huisartsenpraktijk, huisartsenvoorziening, dienstenstructuur of huisartsenpost.

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

lid 1

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2 Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis 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

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 ziekenhuis, 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 het ziekenhuis.

lid 3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

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

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

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

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 tijdens de zwangerschap, dan kan deze zorg ook worden verleend door de Stichting Huisartsen Laboratorium (S.H.L.).

plaats:

de zorg wordt verleend op de lokatie van het ziekenhuis of Z.B.C., de huispraktijk van de medisch specialist 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

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 verslakte 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 gehemeltespelten, 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.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist. De aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling en een bijbehorende pro forma nota (kostenbegroting).

voorschrift:

Niet vereist.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 noodzakelijk.

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist.

plaats:

de zorg wordt verleend op de lokatie van het ziekenhuis of Z.B.C. of de huispraktijk van de medisch specialist.

lid 5 Uitgesloten behandelingen

- a. Geen aanspraak bestaat 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 meer 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 bestaat op de vergoeding van kosten voor:
- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een -aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het abdominoplastiek, tenzij er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige bewegingsvrijheidbeperking;
 - het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - het operatief verwijderen en plaatsen 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 een mannelijke verzekerde (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 het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden danwel zelfstandig werkend of aan een kraamcentrum verbonden

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, 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 ziekenhuis,

Voorwaarden

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis 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 ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis 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.

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 ziekenhuis € 102 per dag te boven gaat.

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

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 voor 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 € 102 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door 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 ziekenhuis (verloskamer) of op de lokatie van een kraamcentrum of kraaminrichting.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis 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 € 102 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door 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 ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis 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 ziekenhuis) 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 en toegekend door het kraambureau in overleg met de verzekeraar.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Op de vergoeding onder lid 5 blijft een bedrag van € 3,60 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 ziekenhuis) of op de lokatie van het kraamcentrum.

overige voorwaarden:

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

lid 6 Uitsluiting

Onder deze zorgverzekering bestaat bij verloskundige zorg geen aanspraak op een pakket met bevallingsbenodigheden, verbandwatten en steriel hydrofielgaas.

Overige medisch-specialistische zorg

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 poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 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.

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 Orgaantransplantaties

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie in een ziekenhuis 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 conservering, 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 opneming.

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, opneming en ontslag uit het ziekenhuis 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

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemeoid 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 gederfde 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 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 kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- b. de kosten van het in bruikleen geven van 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;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- c. 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 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 kosten van 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.

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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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.

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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 praktijklokatie 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.

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 audiologisch centrum, bestaande uit:

- a. onderzoek naar de gehoorfunctie;
- b. advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur;
- 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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 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 audiologisch centrum.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een wettelijk erkend en bevoegd audiologisch centrum.

Artikel 30 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadviesing. 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

De aanspraak op de vergoeding van kosten van 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. bekkentherapie wordt verleend door een bekkentherapeut;
- d. kinderysiotherapie wordt verleend door een kinderysiotherapeut;
- e. oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage wordt verleend door een oedeemtherapeut of een huidtherapeut;
- f. 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

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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

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

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch specialist. Voor verlenging van de zorg is geen verwijzing vereist.

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. kinderfysiotherapie wordt verleend door een kinderfysiotherapeut;
- e. oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage wordt verleend door een oedeemtherapeut of een huidtherapeut;
- f. oefentherapie wordt verleend door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

plaats:

de zorg vindt plaats op de praktijklokatie 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

De aanspraak op de vergoeding van kosten van ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandelingen 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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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

De aanspraak op de vergoeding van kosten van 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 van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

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

De aanspraak op de vergoeding van kosten van dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten 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,

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

ziekenhuizen en verpleeghuizen die dieetadvisering leveren).

Artikel 31 Mondzorg

lid 1

De aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg omvat zorg 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 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. Betreft de zorg het vervaardigen en plaatsen van de mesostructuur, dan kan de zorg ook worden verleend door een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

plaats:

de zorg vindt plaats in het ziekenhuis, op de lokatie van een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg of Z.B.C.. Betreft de zorg het vervaardigen en plaatsen van de mesostructuur, dan kan de zorg ook worden verleend in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

lid 2

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de zorg in het eerste lid begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tadeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Voorwaarden

toestemming:

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

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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. Betreft de zorg het vervaardigen en plaatsen van de mesostructuur, dan kan de zorg ook worden verleend door een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

plaats:

de zorg vindt plaats in het ziekenhuis, op de lokatie van een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg of Z.B.C.. Betreft de zorg het vervaardigen en plaatsen van de mesostructuur, dan kan de zorg ook worden verleend in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

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:

Niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of zorgverlener verbonden een aan centrum voor mondzorg.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een tandartspraktijk, orthodontistenpraktijk of centrum voor mondzorg.

overige voorwaarden:

de diagnose is gesteld door en het behandelplan is opgesteld door een zogenaamd schisisteam, waarvan ook een tandarts / prothetist deel uitmaakt.

lid 4

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

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij 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;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- 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, orthodontist of zorgverlener verbonden een aan centrum voor mondzorg.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

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.

voorschrift:

Niet vereist.

verwijzing:

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

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of zorgverlener verbonden een aan centrum voor mondzorg.

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van een tandartspraktijk, praktijk van een kaakchirurg, centrum voor mondzorg, ziekenhuis of Z.B.C..

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- 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:

een voorschrift van een tandarts is vereist.

verwijzing:

niet vereist.

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.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 l is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandlingsplan gevoegd.

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 voor vergoeding de kosten 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 het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 aflevering van:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2

De onder lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van aflevering 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 te verstrekken, 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 aflevering van een aantal geneesmiddelen.

Per voorschrift worden kosten van aflevering van geneesmiddelen slechts vergoed voor een periode van:

- a. 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

- 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 aflevering 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 aflevering 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.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de geneesmiddelen zijn afgeleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

plaats:

de aflevering van geneesmiddelen vindt plaats op de lokatie van een praktijk van apotheekhoudend huisarts en de door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek en internetapotheek of uw woonadres.

lid 3

De onder lid 1 sub b genoemde aanspraak op de vergoeding van kosten is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Tevens geldt de onder lid 1 sub b genoemde aanspraak op vergoeding van kosten niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend medisch specialist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de geneesmiddelen zijn afgeleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

plaats:

de aflevering van geneesmiddelen vindt plaats op de lokatie van een praktijk van apotheekhoudend huisarts en de door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek en internetapotheek of uw woonadres.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

lid 4 Dieetpreparaten

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

- a. een ernstige slik-, passage- of 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 aflevering 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 afgeleverd door een door ons aangewezen leverancier van deze dieetpreparaten.

plaats:

de aflevering 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) Deze worden afgeleverd door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde of andere leverancier. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Daarbij kan ook worden bepaald dat de verzekerde, in plaats van de vergoeding in kosten, aanspraak heeft op de verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

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 in het Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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, verbandmiddel of hulpdier is vereist. Wij hebben aan deze toestemming nadere voorwaarden verbonden.

voorschrift:

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

plaats:

de aflevering vindt plaats op de lokatie van een het bedrijf van de door ons aangewezen of andere leverancier van dat hulpmiddel, hulpdier of verbandmiddel, op uw woonadres, of een 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

Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de vergoeding van kosten.

Evenmin vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

lid 7

Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de restitutie achteraf van de gemaakte kosten na aanschaf van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

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 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 AWBZ-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 lid 3 van dit artikel, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, of per auto, 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 ziekenhuis) 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 behandelend arts.

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGKEUZEPOLIS

Voorwaarden

toestemming:

Toestemming vooraf is vereist.

lid 7

Indien zittend 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 € 85 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. griepvaccinaties;
- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- 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 munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- 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 toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de wet Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekingsmaatschappij 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 zorverzekering 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 Zorgverzekeringwet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.