

Polisvoorwaarden Zorgverzekeraar DSW 2008

INHOUDSOPGAVE

I. ALGEMEEN GEDEELTE	3
Artikel 1 Begripsomschrijvingen	3
Artikel 2 Grondslag van de zorgverzekering	7
Artikel 3 Werkgebied	7
Artikel 4 Begin van de zorgverzekering	7
Artikel 5 Duur van de zorgverzekering	8
Artikel 6 Beëindiging van de zorgverzekering	9
Artikel 7 Premie	9
Artikel 8 Herziening van de premie	10
Artikel 9 Verplicht eigen risico	10
Artikel 10 Vrijwillig eigen risico	11
Artikel 11 Buitenland	11
Artikel 12 Aansprakelijkheid van derden	12
Artikel 13 Verplichtingen van de verzekerde	13
Artikel 14 Fraude en/of opzettelijke misleiding	13
Artikel 15 Onrechtmatige inschrijving	14
Artikel 16 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	14
Artikel 17 Overige voorwaarden	14
Artikel 18 Geschillen	15
II. PRESTATIEWIJZE EN DEKKING	15
Artikel 19 Prestatiewijze en dekking	15
Artikel 20 Hulp door een huisarts	16
Artikel 21 Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)	17
Artikel 22 Verloskundige zorg en kraamzorg	18
Artikel 23 Revalidatie	19
Artikel 24 Orgaantransplantaties	19
Artikel 25 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	20
Artikel 26 Mechanische beademing	20
Artikel 27 Oncologische aandoeningen bij kinderen	21
Artikel 28 Trombosedienst	21
Artikel 29 Erfelijkheidsonderzoek	21
Artikel 30 Audiologische zorg	21
Artikel 31 Paramedische zorg	22
Artikel 32 Mondzorg	23
Artikel 33 Farmaceutische zorg	25
Artikel 34 Hulpmiddelenzorg	25
Artikel 35 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	26
Artikel 36 Uitsluitingen	27
Artikel 37 Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ	28
Artikel 38 Specialistische GGZ	28
Artikel 39 Persoonsgebonden budget GGZ	29
Premiebijlage	30
Grondslag van de premie	30
Kortingen bij het vrijwillig eigen risico	30

I. ALGEMEEN GEDEELTE

De navolgende begripsbeschrijvingen en artikelen zijn uitsluitend van toepassing op de onderhavige verzekeringsovereenkomst, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Voor zover door u tevens een aanvullende verzekering is gesloten, wordt voor de bepaling van uw aanspraken uit hoofde daarvan verwezen naar de specifieke, op die verzekering toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Ambulancevervoer: Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Apotheekhoudend huisarts:

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en ingevolge de Geneesmiddelenwet bevoegd is om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker:

Een apotheker, die als gevestigd apotheker staat ingeschreven in het door het Staatstoezicht op de volksgezondheid ingestelde register van gevestigde apothekers.

Bedrijfsarts:

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

Bekkenfysiotherapeut: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde:

Een universitair of een bij de vereniging Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) aangesloten centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij voor de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

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

Dagbehandeling: Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en specialistische GGZ. 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.

Diëtist:

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

Eerstelijnspsycholoog:Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ:

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

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, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg: De ter handstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door Zorgverzekeraar DSW vastgestelde reglement en ter handgesteld door een erkende en geregistreerde apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Fysiotherapeut: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Fraude: Het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Gecontracteerde zorg:De zorg die Zorgverzekeraar DSW op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgverlener gesloten overeenkomst te leveren.

Gezondheidszorgpsycholoog:

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

GGZ-instellingen: Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.

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

Hulpmiddelenzorg: De zorg die voorziet in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorgverzekeraar DSW vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Kaakchirurg:	Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Klinisch psycholoog:	Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
Kraamcentrum:	Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Zorgverzekeraar DSW als zodanig erkende instelling.
Kraamhotel:	Een instelling waar de verzekerde kan bevallen en/of (een deel van) de kraamtijd kan doorbrengen.
Kraamzorg:	De zorg die wordt verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind verzorgt en die verbonden is aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel.
Logopedist:	Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
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 Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Medisch adviseur:	De (para)medisch deskundige die Zorgverzekeraar DSW in (para)medische aangelegenheden adviseert.
Medisch specialist:	Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Mondhygiënist:	Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
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 Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie of een (para)medicus die beschikt over een diploma van de Vodder-Schule en die voldoet aan de registratievoorwaarden in het Vodder-register.
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.

Orthopedagoog:	Een diagnostisch geschoolde orthopedagoog, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen en geregistreerd is als Orthopedagoog.
Polisvoorwaarden:	De voorwaarden, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben, indien een verzekeringsovereenkomst wordt gesloten.
Psychiater/zenuwarts:	Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
Psychotherapeut:	Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
Revalidatie:	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk 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.
Specialistische GGZ:	Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is noodzakelijk.
Spoedeisende zorg:	Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die direct medische behandeling vereist.
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".
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, anders dan 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.
Verzekerde:	Een ieder die als zodanig op de zorgpolis is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorgverzekeraar DSW is aangegaan.
Wet BIG:	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
WMG-tarief:	Het op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) goedgekeurd of vastgesteld tarief dan wel maximumtarief voor een prestatie of geheel van prestaties door een orgaan (instelling en/of persoon) voor gezondheidszorg geleverd.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC):

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.

Zorgpolis:

De akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. Deze akte wordt ook wel polisblad genoemd.

Zorgverzekeraar:

'De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar DSW u.a'.

Artikel 2 Grondslag van de zorgverzekering

- 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 en de polisvoorwaarden. Deze worden verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- lid 2* De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst. Bij interpretatieverschillen is de tekst uit de wet- en regelgeving bepalend.
- lid 3* Zorgverzekeraar DSW verstrekt de zorgpolis en het verzekeringspasje als bewijs van de verzekeringsovereenkomst op vertoon waarvan de verzekerde bij (een) zorgverlener(s) de zorg kan invoeren waarop op basis van deze zorgverzekering aanspraak bestaat.
- lid 4* Zorgverzekeraar DSW vermeldt de grondslag van de premie op de premiebijlage.
- lid 5* Zorgverzekeraar DSW sluit met zorgverleners overeenkomsten ten behoeve van haar verzekerden. De overeenkomst die Zorgverzekeraar DSW met de zorgverlener sluit omvat in ieder geval afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 6* De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de polisvoorwaarden 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 7* De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang in redelijkheid is aangewezen, rekening houdend met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid. De zorg dient niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd te zijn.

Artikel 3 Werkgebied

De zorgverzekering omvat aanspraken op zorg 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 Zorgverzekeraar DSW het volledig ingevulde 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 Zorgverzekeraar DSW het volledig ingevulde 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 lid, gaat de zorgverzekering 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.
- lid 4* Indien de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging, werkt de zorgverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Artikel 5 Duur van de zorgverzekering

- lid 1* De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk op 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2* Opzegging van de verzekering dient schriftelijk - en bij voorkeur via aangetekende post - te geschieden.
- lid 3* De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd. De verzekeringnemer dient daartoe een bewijs van inschrijving van de nieuwe zorgverzekeraar te overleggen.
- lid 4* Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer/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 heeft hiervoor ten hoogste 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.
- lid 5* De verzekeringnemer heeft het recht de zorgverzekering 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 zorgverzekering in verband met dienstverband naar de andere collectieve zorgverzekering in verband met dienstverband. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is aangegaan. De opzegging heeft geen terugwerkende kracht, en gaat in per de eerste dag van dezelfde eerstvolgende kalendermaand.
- lid 6* De opzegging, bedoeld in het derde 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 zesde lid gaat een opzegging, bedoeld in het derde lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door Zorgverzekeraar DSW is ontvangen.
- lid 8* Indien de zorgverzekering eindigt, verstrekt Zorgverzekeraar DSW de verzekeringnemer en/of de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering.

Artikel 6 Beëindiging van de zorgverzekering

- lid 1* De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- Zorgverzekeraar DSW ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van Zorgverzekeraar DSW komt te wonen;
 - de verzekeringnemer dan wel de verzekerde overlijdt. Zorgverzekeraar DSW dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
 - 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* Zorgverzekeraar DSW stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onder a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt.
- lid 3* De verzekeringnemer stelt Zorgverzekeraar DSW onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onder d, tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 4* Indien Zorgverzekeraar DSW op grond van het in het derde 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 zorgverzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
- lid 5* Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- lid 6* Zorgverzekeraar DSW heeft niet het recht de zorgverzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 7 lid 5 en na geconstateerde fraude als bedoeld in artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 7 Premie

- lid 1* Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2* Tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, is geen premie verschuldigd.
- lid 3* De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage). Zowel de korting wegens het gekozen eigen risico als de collectiviteitskorting worden direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
- lid 4* *Premiebetaling*
- 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.
 - In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

Bij wijziging van de zorgverzekering in de loop van een maand is Zorgverzekeraar DSW 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 DSW te vorderen vergoeding.

lid 5 Schorsing

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorgverzekeraar DSW na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking van betreffende zorgverzekering wordt geschorst en derhalve niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. Van de schorsing van de dekking wordt melding gemaakt aan de zorgverlener. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien Zorgverzekeraar DSW 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 het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorgverzekeraar DSW zijn ontvangen. Zodra de schorsing wordt opgeheven komen de kosten die de verzekerde gemaakt heeft in de geschorste periode niet met terugwerkende kracht voor vergoeding in aanmerking. .

lid 6 Detentie

De zorgverzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten derhalve weer.

Artikel 8 Herziening van de premie

lid 1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringsnemer is meegedeeld.

lid 2 Bij de in lid 1 bedoelde wijziging van de grondslag van de premie is de verzekeringnemer gerechtigd de zorgverzekering op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

Artikel 9 Verplicht eigen risico

lid 1 Iedere verzekerde van 18 jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van €150 per kalenderjaar. Daarnaast kan de verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico van €0, €100, €200, €300, €400 of €500 zoals omschreven in artikel 10.

Buiten het verplicht eigen risico vallen:

- zorg zoals huisartsen plegen te bieden (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht);
- zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
- zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

lid 2 Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt premieplichtig. Vanaf dat moment heeft de verzekerde ook een verplicht eigen risico.

lid 3 Als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico, gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer van het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

lid 4 Zorgverzekeraar DSW brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.

lid 5 Eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1 Het eigen risico is € 0, tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekeringnemer kan voor de verzekerde van achttien jaar of ouder en/of voor zichzelf voor de zorgverzekering een eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar overeenkomen. Een eenmaal gekozen eigen risico kan gedurende het kalenderjaar niet worden gewijzigd met uitzondering van een minderjarige verzekerde die de achttienjarige leeftijd bereikt.

lid 3 Indien een gekozen eigen risico wordt overeengekomen, geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld in de premiebijlage.

lid 4 Buiten het vrijwillig eigen risico vallen:

- zorg zoals huisartsen plegen te bieden (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht);
- zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
- zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van deze zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9 van deze polisvoorwaarden, en worden daarna in de eventuele berekening van het gekozen eigen risico betrokken.

lid 6 Indien de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen en de noemer gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 7 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende gekozen eigen risico wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:

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

lid 8 Voor de vaststelling van het gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 9 Indien Zorgverzekeraar DSW rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. De verzekeringnemer wordt geacht daartoe aan Zorgverzekeraar DSW een machtiging tot automatisch incasso te hebben verleend ter hoogte van het bedrag van het gekozen eigen risico.

Artikel 11 Buitenland

lid 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook aanspraak op zorg door een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het

geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 van deze polisvoorwaarden als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

- lid 2* De verzekerde die woont of tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
- aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door Zorgverzekeraar DSW in het woonland of het land van verblijf is gecontracteerd;
 - aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 van deze polisvoorwaarden als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.
- lid 3* De verzekerde die woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 19 lid 3 als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.
- lid 4* Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 5* In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met opname en verblijf, voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW is vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet.
- lid 6* In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van extramurale zorg, dat wil zeggen zorg die niet gepaard gaat met verblijf of opname, geen voorafgaande toestemming is vereist.
- lid 7* In aanvulling op lid 1 geldt, dat indien Zorgverzekeraar DSW vooraf toestemming verleent voor het inroepen van extra- of intramurale zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding plaatsvindt tot ten hoogste het op basis van de WMG vastgestelde (maximum)tarief of het in Nederland geldende marktconforme tarief, tenzij Zorgverzekeraar DSW bij haar toestemming de vergoeding hoger vaststelt.

Indien er sprake is van in het buitenland ingeroepen medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt een volledige vergoeding.

Artikel 12 Aansprakelijkheid van derden

- lid 1* Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde naar burgerlijk recht aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht ten genoegen van Zorgverzekeraar DSW kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.
- lid 2* Wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde melding te worden gemaakt bij Zorgverzekeraar DSW en aangifte te worden gedaan bij de bevoegde politie-instantie. Van aangifte bij de bevoegde politie-instantie kan - zo mogelijk na overleg met Zorgverzekeraar DSW - worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door Zorgverzekeraar DSW van de kosten op bedoelde derde.

- lid 3* De verzekerde is verplicht alvorens met een derde of met degene, die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de verzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met Zorgverzekeraar DSW.
- lid 4* In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van Zorgverzekeraar DSW met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor Zorgverzekeraar DSW in zijn rechten zou worden benadeeld.
- lid 5* Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de verzekerde tegenover Zorgverzekeraar DSW gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van Zorgverzekeraar DSW veroorzaakte schade.

Artikel 13 Verplichtingen van de verzekerde

- lid 1* *De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht*
- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis, polikliniek of ZBC zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien hij hierom vraagt;
 - aan Zorgverzekeraar DSW, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste relevante informatie met inachtneming van privacyregelgeving, die voor een goede uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst nodig is.
 - binnen een maand Zorgverzekeraar DSW de aanvang en beëindiging van detentie schriftelijk te melden, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
 - zijn verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de zorgverzekering;
 - bij beëindiging van de zorgverzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar te melden voor een correcte afwikkeling van de zorgverzekering.
- lid 2* De verzekeringsnemer/verzekerde is verplicht in voorkomende gevallen de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Zorgverzekeraar DSW in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum van de zorgverlener. In het geval de declaratie betrekking heeft op een DBC die is aangevraagd voor de einddatum van de zorgverzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de zorgverzekering van kracht is.
- lid 3* Zorgverzekeraar DSW is niet gehouden tot vergoeding van enige kosten indien de verzekerde de in lid 1 en lid 2 genoemde verplichtingen niet nakomt en de belangen van Zorgverzekeraar DSW daardoor zijn geschaad.

Artikel 14 Fraude en/of opzettelijke misleiding

- lid 1* Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat, indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet Zorgverzekeraar DSW te benadelen. In een dergelijk geval vervalt het recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 2* Bij een vermoeden van fraude zal Zorgverzekeraar DSW ter vaststelling daarvan een onderzoek (laten) instellen. Zodanig onderzoek schort de verplichting tot uitbetaling van het verzoek om kostenvergoeding op.

- lid 3* Bij een vastgestelde fraude zal Zorgverzekeraar DSW aangifte doen bij Justitie en registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede een reeds uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.
- lid 4* Zorgverzekeraar DSW behoudt zich het recht voor bij ontdekking van fraude en/of opzettelijke misleiding met onmiddellijke ingang de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

Artikel 15 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 er geen verzekeringsplicht (meer) bestaat.
- lid 2* Zorgverzekeraar DSW zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat er geen verzekeringsplicht (meer) 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 16 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

- lid 1* *Kennisgeving*
De verzekeringnemer is verplicht binnen 14 dagen aan Zorgverzekeraar DSW schriftelijk kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte en dergelijke. 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*
Zorgverzekeraar DSW benadert de minderjarige verzekerde ten minste zes weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorgverzekeraar DSW kenbaar maakt binnen de genoemde termijn van zes weken wordt een premie berekend, overeenkomend met een zorgverzekering zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 17 Overige voorwaarden

- lid 1* *Aanspraak op andere zorg dan in de polisvoorwaarden omschreven*
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polisvoorwaarden, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Zorgverzekeraar DSW 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 aanspraak*
Indien de verzekerde op grond van de bepalingen in deze polisvoorwaarden aanspraak heeft op zorg, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is.
- lid 4* *Registratie van persoonsgegevens*
De bij de aanvraag van een zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te ontvangen persoonsgegevens worden opgenomen in het door Zorgverzekeraar DSW gevoerde gegevensbestand. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

lid 5 *Verwerking van medische gegevens*

De verwerking van medische gegevens vindt separaat plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, waarbij een geheimhoudingsplicht geldt. Deze medische gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het aangaan of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) ten behoeve waarvan de medische gegevens zijn aangeleverd. Medische gegevens worden alleen aan anderen binnen het bedrijf verstrekt indien zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben. Op deze andere personen rust in een dergelijk geval dezelfde geheimhoudingsplicht als op de medisch adviseur uit hoofde van zijn medisch beroepsgeheim.

lid 6 *Machtiging*

Een door Zorgverzekeraar DSW afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de zorgverzekering, en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet- en regelgeving.

Artikel 18 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 Zorgverzekeraar DSW, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij Zorgverzekeraar DSW verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Raad van Bestuur.

lid 3 Zorgverzekeraar DSW streeft ernaar het verzoek tot heroverweging binnen 60 dagen af te handelen. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde niet met het resultaat van de heroverweging kan instemmen, kan hij zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) via Postbus 291, 3700 AG Zeist. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

lid 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil ook voorleggen aan de volgens de wet bevoegde rechter.

lid 5 Een verzekerde of verzekeringnemer kan een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door Zorgverzekeraar DSW gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt beide partijen tot bindend advies.

II. PRESTATIEWIJZE EN DEKKING

Artikel 19 Prestatiewijze en dekking

lid 1 De verzekerde heeft aanspraak op verlening van zorg door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener (zorg in natura of gecontracteerde zorg). Daar waar in de polisvoorwaarden wordt gesproken over aanspraken op zorg kan ook worden gelezen vergoeding van gemaakte kosten van zorg (restitutie) indien hij zich wendt tot een zorgverlener die geen overeenkomst met Zorgverzekeraar DSW heeft, één en ander met inachtneming van de leden 2 tot en met 5.

lid 2 Indien de verzekerde kiest voor gecontracteerde zorg dient hij zich te wenden tot een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener. In dat geval vindt betaling rechtstreeks aan de zorgverlener plaats en ontvangt de verzekerde geen nota. Een eventuele eigen bijdrage wordt afzonderlijk in rekening gebracht. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland

worden de kosten daarvan vergoed conform het in het Reglement Restitutie bepaalde. Het Reglement Restitutie is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 4 In het geval er sprake is van spoedeisende zorg wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft de verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval Zorgverzekeraar DSW zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 5 Indien de verzekerde kiest voor zorg in natura en de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorgverzekeraar DSW gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.

De vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-)tarief.
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag indien en voor zover er geen op basis van de WMG vastgesteld (maximum-) tarief bestaat.

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

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

lid 6 Het bepaalde in lid 2 tot en met 5 geldt onverminderd het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico.

lid 7 Indien en voor zover Zorgverzekeraar DSW aan de zorgverlener meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande is gehouden, wordt de verzekerde geacht aan Zorgverzekeraar DSW te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Zorgverzekeraar DSW van het door Zorgverzekeraar DSW aan de zorgverlener te veel betaalde.

Artikel 20 Hulp door een huisarts

lid 1 Aanspraak bestaat op geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als hulp plegen te bieden.

lid 2 De aanspraak op hulp door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek. De aanspraak op hulp door een huisarts omvat geen reizigersadviesing .

lid 3 De aanspraak op hulp door een huisarts omvat tevens de module ketenzorg diabetes, indien Zorgverzekeraar DSW hiervoor een overeenkomst met de behandelend huisarts heeft afgesloten.

Artikel 21 Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing door de verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg, te verlenen door de kaakchirurg, bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 32.

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op 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 tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

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

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een als ziekenhuis toegelaten instelling, een zelfstandig behandelcentrum of een huispraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien vooraf en minstens binnen drie weken schriftelijk toestemming bij Zorgverzekeraar DSW is aangevraagd, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de buik (abdominoplastiek), uitsluitend indien sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiebeperking.

d. uitgesloten behandelingen

- Geen aanspraak bestaat op behandelingen - daaronder begrepen de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of twee van die embryo's in de baarmoeder, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
- Geen aanspraak bestaat op:
 - behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese anders dan na 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 circumcisie van de verzekerde (mannelijke besnijdenis).

Artikel 22 Verloskundige zorg en kraamzorg

lid 1 De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

lid 2 *Bevalling en/of kraamzorg 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 moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch-specialistische zorg geleverd door het ziekenhuis, als bedoeld in artikel 21, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

lid 3 *Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak*
Indien de bevalling en/of de kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op 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 ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat.
De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraamcentrum, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

lid 4 *Bevalling en/of kraamzorg in een kraamhotel zonder medische noodzaak*
Indien de bevalling en/of de kraamzorg in een kraamhotel plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op 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 kraamhotel € 104,50 per dag te boven gaat.
De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamhotel.

lid 5 *Kraamzorg in een kraamhotel of thuis, na bevalling in een ziekenhuis*
Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamhotel plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op 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 kraamhotel € 104,50 per dag te boven gaat.
De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamhotel.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid 6 onder 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 6 onder c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen. Voor kraamzorg thuis is tevens het bepaalde in lid 6 onder d van toepassing.

lid 6 *Bevalling en kraamzorg thuis*
Indien de bevalling en de kraamzorg thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op:
a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) geleverd door de huisarts of verloskundige;
b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;

- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of kraamhotel, 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 kraamcentrum of kraamhotel.
- d. Op deze aanspraak blijft een bedrag van € 3,70 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

lid 7 Prenatale screening

Aanspraak bestaat op:

- Counseling: het informeren over inhoud en reikwijdte van prenatale screening (combinatietest en structureel echoscopisch onderzoek).
- Combinatietest (nekplooiemeting en serumtest) bij vrouwen vanaf 36 jaar of met een medische indicatie.
- Structureel echoscopisch onderzoek.

De combinatietest en het structureel echoscopisch onderzoek mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de WBO of een samenwerkingsafspraken met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

Artikel 23 Revalidatie

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

lid 2 a. Aanspraak bestaat op revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

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

b. Revalidatie kan plaatsvinden:

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

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

Artikel 24 Orgaantransplantaties

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2

a. Aanspraak bestaat op transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier/pancreas. Onder de aanspraak valt tevens de zorg conform deze verzekeringsovereenkomst 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 het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

- b. De donor heeft aanspraak op zorg conform deze verzekeringsovereenkomst, 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 vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - indien en voor zover medisch noodzakelijk - per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens bestaat aanspraak op het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

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

Artikel 25 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2 Aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, 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 het dialysecentrum, behulpzaam zijn.

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

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

Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in het tweede lid, onder c en d is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist.

Artikel 26 Mechanische beademing

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2 Aanspraak bestaat 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 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.

Artikel 27 Oncologische aandoeningen bij kinderen

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

lid 2 Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 28 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op zorg door een trombosedienst op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van een 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 verzekerde, bedoeld in onder 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.

Artikel 29 Erfelijkheidsonderzoek

lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch specialist.

lid 2 Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. 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.

lid 3 Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in dit artikel, is toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist.

Artikel 30 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien problemen met de gestoorde gehoorfunctie aanwezig zijn;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Voor deze vorm van zorg is een verwijzing door een kinderarts of keel-, neus- en oorarts noodzakelijk.

Artikel 31 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Er bestaat aanspraak op paramedische zorg indien is voldaan aan elk van de onderstaande voorwaarden:

- er is een door een arts vastgestelde medische indicatie voor behandeling voor zover deze indicatie ingevolge de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking komt;
- er is sprake van een specifieke verwijzing door een arts of medisch specialist;
- aan de behandeling ligt een in redelijkheid te bereiken behandeldoel ten grondslag;
- de in de beroepsgroep algemeen aanvaarde kwaliteitsrichtlijnen en standaards worden in acht genomen.

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

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling - de behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut dan wel oedeemtherapeut, 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 is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut dan wel oedeemtherapeut, 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 is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens voor andere aandoeningen dan hierboven bedoeld de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Indien er sprake is van een ontoereikend resultaat bestaat aanspraak op nog negen extra behandelingen. Voor wat betreft deze fysiotherapie en oefentherapie is er geen verwijzing noodzakelijk.

lid 4 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op verwijzing van een arts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

lid 5 Logopedie

Logopedie omvat behandeling, op verwijzing van de (tand)arts of orthopedagoog door een logopedist, 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 dyslexie of taalontwikkelings-stoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

lid 6 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts, medisch specialist of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 32 Mondzorg

- lid 1* Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist:
- 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.
- lid 2* Onder zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3* Orthodontische zorg 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. Vergoeding vindt alleen plaats als Zorgverzekeraar DSW op een daartoe strekkende aanvraag, vooraf toestemming heeft verleend. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een indicatie en een behandelplan. Toestemming wordt uitsluitend verleend aan een orthodontist.
- lid 4* Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg 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 zorg is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale zorg;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische zorg;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen en de daardoor benodigde voorzieningen;
 - j. gnathologische zorg;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. tandvervangende zorg 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 zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.
- lid 5* Mondzorg omvat voor verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak;

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

- lid 6* De verzekerde van tweeëntwintig jaar en ouder, die zijn aanspraken in gevolge het eerste lid onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b, tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 7* De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,- per kaak.
- lid 8* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op 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 verzekerde jonger dan tweeëntwintig heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot de andere dag.
- lid 10* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder I is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd.
De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 11* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist, indien de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
- lid 12* Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en het vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist.
- lid 13* **Gebitsprothese**
Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.
Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

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

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW 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 3 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, € 400,00 per onder c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige prothese niet binnen 3 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Artikel 33 Farmaceutische zorg

- lid 1* Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op terhandstelling van:
- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft nl:
 - 1° geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;
 - 2° geneesmiddelen die op verzoek van een arts, die bestemd zijn voor individuele patiënten en in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel mm van de Geneesmiddelenwet; of
 - 3° geneesmiddelen die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

- lid 2* De onder lid 1a genoemde aanspraak bestaat uit de ter handstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering. Een en ander is nader uitgewerkt in de Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polisvoorwaarden. Dit reglement is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en tevens te vinden op de website (www.dsw.nl).

Tenzij Zorgverzekeraar DSW nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgverlener, dienen de onder lid 1 genoemde middelen ter hand gesteld te zijn op voorschrift van een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Ter handstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In de bij het Reglement Farmaceutische zorg van Zorgverzekeraar DSW te bepalen gevallen stelt Zorgverzekeraar DSW nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid voor de ter handstelling van geneesmiddelen.

- lid 3* De onder lid 1 onder b genoemde aanspraak geldt niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

- lid 4* Er bestaat aanspraak op dieetpreparaten 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:
 - een chronisch obstructief longlijden, of
 - een cystische fibrose of
 - een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand

en voorzover niet met normale aangepaste voeding of dieetproducten kan worden volstaan. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op dieetpreparaten is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polisvoorwaarden en is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

Artikel 34 Hulpmiddelenzorg

- lid 1* Aanspraak bestaat op verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen van Zorgverzekeraar DSW zijn de algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).
- lid 2* Daar waar Zorgverzekeraar DSW dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3* De kosten van normaal gebruik 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* Aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 5* Onder de aanspraak vallen niet die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.
- lid 6* Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door Zorgverzekeraar DSW in het betreffende Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Artikel 35 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 vervoer, taxi of eigen auto.
- lid 2* *Ambulancevervoer*
Aanspraak bestaat op 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 Zorgverzekeraar DSW toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 3* De aanspraak omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling van wie of waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze zorgverzekering komen. Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven. De aanspraak behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt. De aanspraak omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.
- lid 4* Tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 5 Zittend ziekenvervoer

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in lid 3 van dit artikel, per taxi of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Zorgverzekeraar DSW toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde 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 zorgverzekering komt;
- 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 zorgverzekering komt.

Zorgverzekeraar DSW kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien Zorgverzekeraar DSW 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 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 huisarts of medisch specialist.

lid 7 Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Zorgverzekeraar DSW vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

lid 8 Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding medisch noodzakelijk is dan wel de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Zorgverzekeraar DSW vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 86,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Artikel 36 Uitsluitingen

lid 1 Geen aanspraak bestaat op:

- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet) attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële regeling anders is bepaald;
- het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, eerste lid, onderdeel b, van de Geneesmiddelenwet en geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onderdeel e, van de Geneesmiddelenwet;
- prenatale screening naar aangeboden 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;

- kraampakketten, verbandwatten en steriel hydrofielgaas terzake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

Op alle overige zorg voor zover deze niet uitdrukkelijk in deze polisvoorwaarden staat vermeld, bestaat geen aanspraak.

lid 2 Geen dekking wordt verleend indien de schade is veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse en buitenlandse onlusten, oproer en munitie zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht Verzekeringsbedrijf.

lid 3 Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit Besluit te bepalen omvang. Een voorbeeld van het clauseblad terrorisme is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

Artikel 37 Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

lid 1

- a. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg.
- b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

lid 2 Aanspraak bestaat op eerstelijnspsychologische zorg door een eerstelijnspsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of GGZ-instelling. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:

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

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

Artikel 38 Specialistische GGZ

lid 1

- a. Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
- b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 37.

lid 3 *Psychiatrische ziekenhuisopname*

Aanspraak bestaat op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van 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 tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

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

lid 4 Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op specialistische GGZ door een psychiater, psychotherapeut en/of GGZ-instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 5 Voor een psychotherapeutische (waaronder ook psychoanalyse) behandeling geldt een eigen bijdrage:

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

De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder.

Artikel 39 Persoonsgebonden budget GGZ

lid 1 De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken van artikel 37 en 38, Zorgverzekeraar DSW verzoeken om een persoonsgebonden budget (PGB). Voor de aanspraak op een PGB gelden, in aanvulling op de in de artikelen 37 en 38 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals in het door Zorgverzekeraar DSW op te stellen Reglement PGB Experiment GGZ bepaald. Het door Zorgverzekeraar DSW op te stellen Reglement PGB Experiment GGZ maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is op te vragen bij Zorgverzekeraar DSW en te vinden op de website (www.dsw.nl).

lid 2 Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een PGB op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget ingevolge de AWBZ is toegekend. De voorwaarden van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing.

Premiebijlage

Grondslag van de premie

De Grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 3) bedraagt € 1065, - per jaar.

Kortingen bij het vrijwillig eigen risico

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (artikel 10 lid 3).

<i>Eigen risico</i>	Korting op premiegrondslag
€ 100	€ 42, -
€ 200	€ 78, -
€ 300	€ 114, -
€ 400	€ 150, -
€ 500	€ 186, -