

**VOORWAARDEN BIJ DE
ZIEKENFONDSVERZEKERING**

(per 1 januari 2001)

**AANVULLENDE
ZIEKENFONDSVERZEKERING**

**AANVULLENDE
TANDARTSKOSTENVERZEKERING**

Over de inhoud van dit boekje

Dit boekje bevat de (verzekerings)voorwaarden die betrekking hebben op:

- Verzekeringsreglement Ziekenfondswet (ZFW) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
- Aanvullende Ziekenfondsverzekering (Keuzepolis)
- Aanvullende Tandartskostenverzekeringen 'Tand Totaal Pakket' (TTP) en 'Tand Totaal Plus Pakket' (TTPP)

Alle verzekeringsvoorwaarden van deze verzekeringen staan in dit boekje.

INHOUDSOPGAVE

Pagina

In het kort:

- Uw ziekenfondsverzekering en DVZ Zorgverzekeringen	3
- Hoe bent u nu precies verzekerd?	3
- Aanvullende verzekeringen	3
- Aanmelden voor de aanvullende verzekeringen	4
- De administratie van uw ziekenfondsverzekering	4
- Richtlijnen voor uw ziekenfondsverzekering	4
- Vrije keuze van zorgverlener	4
- Algemene informatie	5
Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ	6
Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen (Keuzepolis)	14
Bijzondere Voorwaarden Keuzepolis (Aanvullende Ziekenfondsverzekering)	18
Bijzondere Voorwaarden Aanvullende Tandartskostenverzekering	24
Alfabetische woordenlijst	29

In het kort:

Uw ziekenfondsverzekering en DVZ Zorgverzekeringen

In dit boekje staat informatie over uw ziekenfondsverzekering die is ondergebracht bij Groene Land Achmea. De reden hiervoor is dat DVZ Zorgverzekeringen niet beschikt over de bevoegdheid om de Ziekenfondswet uit te voeren. Om u als ziekenfondsverzekerde toch van dienst te zijn, werkt DVZ samen met Groene Land Achmea te Zwolle/Meppel. U vindt in dit boekje niet alleen informatie over de ziekenfondsverzekering, maar ook over de aanvullende verzekeringen van Groene Land Achmea.

Groene Land Achmea doet er alles aan om de gezondheidszorg voor u zo goed mogelijk te organiseren. Daarvoor maken wij afspraken met praktisch alle zorgverleners en ziekenhuizen.

Hoe bent u nu precies verzekerd?

In Nederland kennen we op de eerste plaats de **AWBZ**, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Als u zich als DVZ verzekerde inschrijft bij Groene Land Achmea, bent u (in principe) ook verzekerd voor de AWBZ. De AWBZ is een verzekering voor iedere ingezetene. Onder de AWBZ valt onder andere de ouderenzorg, de zorg aan verstandelijk gehandicapten en bevolkingsonderzoek. Dit is allemaal wettelijk geregeld. Wat er allemaal in de AWBZ zit en hoeveel u daarvoor moet betalen, wordt door de overheid bepaald. Meestal wordt de inkomensafhankelijke premie AWBZ via de belasting direct op uw pensioen of salaris ingehouden.

Voor nadere informatie verwijzen wij u naar het Zorgkantoor dat werkzaam is in uw woonplaats.

Op de tweede plaats kennen we in Nederland de Ziekenfondswet. In de **Ziekenfondswet** staat wie aanspraak kan maken op deze wet. Bovendien staat in de wet wat verzekerd is. Zaken als het ziekenhuis, de medisch specialist, de huisarts en de apotheek worden in de

Ziekenfondswet geregeld. In deze wet staat ook hoeveel u moet betalen voor het Ziekenfonds. De inkomensafhankelijke premie wordt ingehouden op uw pensioen, uitkering of salaris. Alleen de zogenaamde Nominale premie betaalt u rechtstreeks aan Groene Land Achmea. Als u zich niet via het ziekenfonds kunt verzekeren, moet u zich particulier verzekeren.

Op de derde plaats kunt u zich **aanvullend verzekeren**. Dat is verstandig, omdat lang niet alles door de AWBZ of de Ziekenfondswet vergoed wordt.

Groene Land Achmea heeft voor u een uitgebreide keuze aan aanvullende verzekeringen. Zo kunt u zich verzekeren voor belangrijke zaken als alternatieve geneeswijzen, orthodontie, fysiotherapie en de tandarts. Meer informatie over de aanvullende verzekeringen staat hieronder. De verzekeringsvoorwaarden staan ook in dit boekje.

Aanvullende verzekeringen

Om de ziekenfondsverzekering uit te breiden, kunt u bij Groene Land Achmea kiezen voor aanvullende verzekeringen. Tezamen met de ziekenfondsverzekering heeft u dan de beste dekking tegen een lage premie.

U kunt kiezen uit de volgende aanvullende verzekeringen:

1 De Keuzepolis (Aanvullende Ziekenfondsverzekering)

De Keuzepolis geeft onder andere een vergoeding voor:

- Medische kosten in het buitenland
- Brillenglazen en contactlenzen
- Orthodontie voor kinderen
- Gezinszorg
- Eigen bijdrage van hulpmiddelen
- Eigen bijdrage voor een poliklinische bevaling
- Tandheilkundige zorg voor kinderen
- Kortdurende Psychologische Zorg
- Herstellingsoorden
- Kuurreizen
- Alternatieve geneeswijzen, onder meer homeopathie, chiropractie, natuurge-

- neeswijzen, Moerman-therapie, manuele geneeskunde
 - Podotherapie
 - Stottertherapie
 - Alarmeringssysteem.
- Bovendien sluit de aanvullende verzekering aan bij uw christelijke levensovertuiging.

2 De Aanvullende Tandartskostenverzekering

Deze verzekering bestaat uit 2 pakketten:

Het Tand Totaal pakket en het Tand Totaal Plus pakket.

Met het Tand Totaal pakket verzekert u de meest voorkomende behandelingen, zoals:

- vullingen
 - wortelkanaalbehandelingen
 - foto's
 - prothetiek (partiële-/frameprothese).
- Naast het Tand Totaal pakket kunt u extra het Tand Totaal Plus pakket afsluiten. Het Tand Totaal Plus pakket geeft u een vergoeding voor de meer luxere voorzieningen, zoals:
- kronen
 - bruggen
 - het behandelen van kaakgewrichtsklachten
 - tandvleesbehandelingen.

De nota's van de tandarts/tandprotheticus worden alleen vergoed indien Groene Land Achmea een overeenkomst met de tandarts/tandprotheticus heeft afgesloten.

Aanmelden voor de aanvullende verzekeringen

U kunt zich het beste aanmelden voor de Keuzepolis (aanvullende verzekeringen) op het moment dat u zich bij ons inschrijft. Dan bent u direct goed verzekerd van alle medische zorg die voor u van belang is. Groene Land Achmea mag uw aanvraag medisch beoordelen.

De administratie van uw ziekenfondsverzekering

De administratie van uw ziekenfondsverzekering is in handen van de groep Relatiebeheer Zorg. Een team dat van alle bijzonderheden rondom uw ziekenfondsverzekering op de hoogte is.

U kunt hen bereiken op telefoonnummer **(038) 456 69 46**.

Ook voor wijzigingen, zoals een verhuizing of een geboorte kunt u bij onze medewerkers terecht. Het is van belang dat u dat zo snel mogelijk aan ons doorgeeft.

Richtlijnen voor uw ziekenfondsverzekering

De meeste nota's worden rechtstreeks door de zorgverlener bij Groene Land Achmea gedeclareerd. Hier merkt u niets van.

Ontvangt u toch een nota dan kunt u het volgende doen:

- 1 De nota's die voor vergoeding in aanmerking komen stuurt u, onder vermelding van uw relatienummer, naar DVZ Zorgverzekeringen, Postbus 209, 8000 AE Zwolle
- 2 Wij kunnen uitsluitend de originele nota's in behandeling nemen.
- 3 Heeft u de nota al betaald aan de zorgverlener, vermeld dan ook uw bank- of postbanknummer en dat u de nota reeds heeft betaald.

Vrije keuze van zorgverlener

U heeft zelf de keuze welke zorgverlener u wilt hebben. Dit houdt in dat u bepaalt welke huisarts, apotheek of tandarts in uw woonplaats het beste bij uw wensen past. Voor het ziekenhuis of de medisch specialist geldt dat ook, maar als u naar het ziekenhuis of de medisch specialist moet, is een verwijzing van uw huisarts noodzakelijk.

Als u verhuist of als u zich voor het eerst inschrijft bij Groene Land Achmea, dan kunt u de huisarts, apotheek of tandarts aan ons doorgeven. U kunt niet meer dan één huisarts, apotheek of tandarts hebben. De zorgverlener dient een over-

eenkomst met Groene Land Achmea te hebben.

Algemene informatie

- **Relatiepas:** Als u zich inschrijft bij Groene Land Achmea, ontvangt u een gratis relatiepas. Op deze pas staat uw relatienummer, die u kunt gebruiken bij zorgverleners of in het buitenland. U hoeft dan niet uw polis overal mee naar toe te nemen. Draag daarom de pas altijd bij u.
- **Hulpverlening van Alarmcentrale EuroCross:** Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) bent u bij spoedeisende geneeskundige zorg verzekerd van steun van Alarmcentrale EuroCross. Voor de vergoeding van eventuele medische kosten moet u een Keuzepolis (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) hebben.
De meest belangrijke vormen van zorgverlening zijn:
 - garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);
 - organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland;
 - inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
 - organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;
 - organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland. In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met EuroCross, tel. **(071) 364 62 00**.

Omrekenen van guldens naar euro's

Sinds 1 januari 1999 staat de waarde van de euro vast: 1 euro is f 2,20371.

Als u bedragen in guldens naar euro's wilt omrekenen, dan moet u delen door de officiële koers van 1 euro.

Vanaf 1 januari 2002 gaat Groene Land Achmea over op de euro.

VERZEKERINGSREGLEMENT ZIEKENFONDSWET EN AWBZ

Artikel 1

Begripsbepalingen

- 1 In dit reglement wordt verstaan onder:
 - a de zorgverzekeraar: de Onderlinge Waarborgmaatschappij Groene Land Zorgverzekeraar U.A., KvK nr. 04038100;
 - b de verzekering: de in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekeringen;
 - c de verzekerde: de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde en, voor wat betreft de ziekenfondsverzekering, - tenzij het tegendeel blijkt - diens medeverzekerde(n);
 - d de nominale premie: de premie zoals bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;
 - e de procentuele premie: de premie, zoals bedoeld in artikel 18 van de Ziekenfondswet, juncto artikel 14 Aanwijzingsbesluit verplicht verzekerden Ziekenfondswet;
 - f de zorgverlener: de natuurlijke of rechtspersoon die zorg verleent en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst als bedoeld in artikel 9, lid 1 Ziekenfondswet en artikel 10, lid 1 AWBZ heeft gesloten.
- 2 Voor zover bij of krachtens de Ziekenfondswet of de AWBZ of de statuten van de zorgverzekeraar niet anders is of wordt geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar en de verzekerden met betrekking tot de verzekering door dit verzekeringsreglement en de daaruit voortvloeiende overeenkomsten bepaald.
- 3 Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of de daarop gebaseerde regelgeving en in dat verband zijn omschreven, hebben - tenzij

het tegendeel blijkt - bij gebruik in dit reglement dezelfde betekenis.

- 4 De bepalingen in dit reglement gelden zowel voor de verzekering krachtens de AWBZ als - voor zover van toepassing - de Ziekenfondswet, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven.

Artikel 2

Aanmelding en inschrijving

- 1 De aanmelding als verzekerde in de zin van de Ziekenfondswet geschiedt door inlevering van een volledig ingevuld en door de verzekerde ondertekend aanmeldingsformulier bij de zorgverzekeraar
- 2 De zorgverzekeraar schrijft degene die zich aanmeldt, met zijn medeverzekerde(n) in, mits hij naar het oordeel van de zorgverzekeraar voldoet aan de bij of krachtens de Ziekenfondswet gestelde voorwaarden voor de verzekering en met inachtneming van het dienaangaande bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en het overige bij de statuten en dit reglement bepaalde.
- 3 Voor degene, die verzekerd is in de zin van de Ziekenfondswet en als zodanig bij de zorgverzekeraar is, dan wel wordt ingeschreven, geldt deze inschrijving tevens als inschrijving voor de toepassing van de AWBZ, voorzover de verzekerde voor de AWBZ verzekerd is.
- 4 De zorgverzekeraar schrijft degene die noch bij een ziekenfonds is ingeschreven, noch bij een ziektekostenverzekeraar is verzekerd, noch deelneemt aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, op diens verzoek in als verzekerde ingevolge de AWBZ. Alvorens tot inschrijving ingevolge de AWBZ over te gaan beoordeelt de zorgverzekeraar of degene die wordt inge-

schreven verzekerd is ingevolge de AWBZ.

- 5 De ingeschreven verzekerde ontvangt - mede ten behoeve van zijn medeverzekerden - van de zorgverzekeraar een bewijs van inschrijving. De verzekerde kan aan het bewijs van inschrijving geen aanspraken op verstrekkingen of vergoedingen ontlenen, indien niet (meer) aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering wordt voldaan.

Artikel 3

Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

- 1 De inschrijving geldt voor een termijn van 1 kalenderjaar. Indien echter de inschrijving niet per 1 januari geschiedt loopt de eerste inschrijvingstermijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving plaatsvond.
- 2 De inschrijving wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met een termijn van 1 kalenderjaar verlengd, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk 2 maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijke mededeling heeft ontvangen dat hij na afloop van die termijn de inschrijving niet wil verlengen.
- 3 Onverminderd hetgeen dienaangaande in de voorgaande leden 1 en 2, alsmede bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ is bepaald, beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving in de verzekering zonder dat daartoe een opzegging door de zorgverzekeraar is vereist:
 - a met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving voor de verzekering voldoet;
 - b terstond, indien de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar nalatig is, desverlangd schriftelijk, de inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar hem heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verze-

kering, waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.

- 4 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving als medeverzekerde in de verzekering:
 - a tegelijk met beëindiging van de inschrijving van de verzekerde op wiens verzekering de medeverzekering steunt;
 - b met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;
 - c terstond, indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar door of namens de medeverzekerde wordt nagelaten tijdig, desverlangd schriftelijk, inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering, waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.
- 5 Een beëindiging van de inschrijving op grond van een daartoe strekkende mededeling van de verzekerde, wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk bevestigd. Indien de inschrijving om andere reden een einde neemt, wordt dit door de zorgverzekeraar meegedeeld.
- 6 De verzekerde heeft het recht de inschrijving tussentijds te beëindigen in het geval dat het verzoek is ingediend binnen 2 maanden nadat de zorgverzekeraar de verzekerde mededeling heeft gedaan van een wijziging van de door hem verschuldigde nominale premie. De inschrijving wordt dan beëindigd per datum dat de nominale premie wordt gewijzigd.

Artikel 4

Verplichtingen van de verzekerde

- 1 De verzekerde, alsmede de gewezen verzekerde, is verplicht:
 - a **zo tijdig mogelijk en schriftelijk aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen te verstrekken**, die de zorgverzekeraar behoeft voor een goede uitvoering van de verzekering en ook overigens de medewerking te verlenen die van hem mag worden verlangd voor een goede uitvoering van de verzekering;
 - b de verklaringen hem verstrekt ingevolge bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ gegeven voorschriften zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar te doen toekomen;
 - c de zorgverzekeraar terstond, doch uiterlijk in de week na die waarin deze zich voordeden schriftelijk in kennis te stellen van feiten of omstandigheden, welke tot beëindiging dan wel tot wijziging van de inschrijving en/of de hoogte van de premie kunnen leiden van hem of de medeverzekerden.
- 2 De verplichtingen bedoeld in het eerste lid hebben onder andere betrekking op:
 - a mutatiekaart, vragenformulieren en verzekeringsverklaring werkgever;
 - b verandering van werkgever, beëindigen van de dienstbetrekking en/of uitkering, wijziging van het inkomen;
 - c wijziging van woonplaats en adres;
 - d wijziging van gezinssamenstelling.

Artikel 5

Schadevergoeding

- 1 Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit art. en onverminderd het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen, kan de zorgverzekeraar vergoeding vorderen van de schade, welke is geleden als gevolg van de omstandigheid, dat de verzekerde zich en/of zijn medeverzekerde(n) ten onrechte heeft doen inschrijven in de ziekenfondsverzekering, dan wel verzuimd heeft de zorgverzekeraar overeenkomstig het be-

paalde in artikel 4, lid 1 onder c van dit reglement in kennis te stellen van het einde van zijn verzekering en/of die van zijn medeverzekerden. De schade wordt in beginsel gesteld op een door het College voor Zorgverzekeringen vast te stellen bedrag, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse ziektekosten per hoofd van de Bevolking in Nederland, berekend over de periode van onrechtmatige inschrijving.

- 2 Ten aanzien van degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, ingeschreven in de ziekenfondsverzekering, kan de zorgverzekeraar de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan, indien de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
- 3 Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet anders is of wordt bepaald, is de zorgverzekeraar, ingeval de verzekerde nalatig is, de bedragen bedoeld in het eerste en tweede lid binnen een door de zorgverzekeraar te bepalen termijn te betalen, bevoegd de door de zorgverzekeraar te maken kosten voor invordering van deze bedragen inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadelijpchtige verzekerde of gewezen verzekerde.

Artikel 6

Premievaststelling en premieheffing

- 1 De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem, en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4, lid 1 Ziekenfondswet, een nominale premie, waarvan de hoogte door de zorgverzekeraar wordt vastgesteld.
- 2 De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4 lid 1 Ziekenfondswet, voor zover het daartoe bij of krachtens de Ziekenfondswet is aange-

wezen van de verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie, waarvan de hoogte bij of krachtens artikel 18 Ziekenfondswet wordt vastgesteld. Het inkomen waarover de verzekerde premie is verschuldigd, wordt bij of krachtens de wet vastgesteld.

- 3 De verzekerde is verplicht de premie in maandelijks termijnen bij vooruitbetaling te voldoen. De vervaldatum is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.
- 4 De zorgverzekeraar int de premie bij de verzekerde voor hem en zijn medeverzekerden.
- 5 De zorgverzekeraar stelt de verzekerde zo tijdig mogelijk in kennis van wijzigingen van de hoogte van de premie.

Artikel 7

Peildata premie

- 1a De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata.
- b De zorgverzekeraar kan in bijzondere gevallen van de onder a genoemde regel afwijken.
- 2 Als peildatum, bedoeld in het eerste lid onder a geldt iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf het tijdstip van de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering en zolang de inschrijving voortduurt. Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering geldt als peildatum iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding en zolang het recht op inschrijving als verzekerde voortduurt.
- 3 De premie wordt berekend over een volledige kalendermaand. De peildatum is de eerste dag van de kalendermaand.
- 4 Het bepaalde in lid 1, onder a is niet van toepassing met betrekking tot degene die zich als ziekenfondsverzekerde aanmeldt met de bedoeling aanspraak te maken op een vergoeding van kosten

van geneeskundige verzorging, bedoeld in het bepaalde bij en krachtens artikel 29 van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering over een reeds beëindigde periode van verplichte verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.

Artikel 8

Nominale premie verschuldigd

- 1 Voor de verzekering van een verzekerde is over eenzelfde periode slechts éénmaal nominale premie verschuldigd.
- 2 Voor de verzekering van degene die uit hoofde van meer bepalingen ingevolge de Ziekenfondswet is verzekerd, is een nominale premie Ziekenfondswet verschuldigd als ware hij uit hoofde van niet meer dan 1 bepaling verzekerd.
- 3 Ingeval van verandering van zorgverzekeraar worden door de nieuwe zorgverzekeraar bij de berekening van de nominale premie geen tijdvakken in aanmerking genomen, die door de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde voordien was ingeschreven, reeds volgens de regels die laatstbedoelde zorgverzekeraar toepast, in aanmerking zijn genomen.

Artikel 9

Verhoging nominale premie

- 1 Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering is de premie slechts verschuldigd vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding, met dien verstande dat in dat geval de zorgverzekeraar de premie over die 60 dagen kan verhogen. De verhoging bedraagt ten hoogste de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis.
Indien de vertraagde aanmelding als bedoeld in de vorige volzin tevens of uitsluitend de medeverzekerde als bedoeld in artikel 6, eerste lid Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ, betreft, wordt de verhoging voor deze medever-

- zekerden op overeenkomstige wijze berekend.
- 2 Het bepaalde in het eerste lid van dit artikel is eveneens van toepassing indien de inschrijving van de verzekerde plaatsvindt, zonder dat zijn verzekering op grond van de wet was geëindigd, op een dag later dan 60 dagen na het einde van een inschrijving bij een andere zorgverzekeraar.
 - 3 Indien de verhoging wordt berekend over een periode langer dan 1 kalendermaand, stelt de zorgverzekeraar de verzekerde op diens verzoek in de gelegenheid het bedrag van de verhoging in termijnen te betalen. De vorige volzin is niet van toepassing indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar kennelijk sprake is van bewust vertraagde aanmelding.

Artikel 10

Betaling premie

- 1 De verzekerde dient de premie bij voorkeur giraal te voldoen. Hij heeft daarbij de mogelijkheid de zorgverzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso. De verzekerde kan zijn werkgever of de daarmee gelijk te stellen uitkerende instantie machtigen namens hem de premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. Deze wijze van betalen laat de overige bepalingen van dit reglement onverlet.
- 2 Indien de zorgverzekeraar de premie bij de verzekerde incasseert, ontslaat het niet tijdig incasseren van de premie door de zorgverzekeraar de verzekerde niet van zijn verplichting tot tijdige premiebetaling.

Artikel 11

Nalatigheid bij betaling premie

- 1 Indien de verzekerde nalatig blijft de verschuldigde premie volgens de gestelde regels te betalen, kan de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag verhogen met administratiekosten, in en buiten rechte

gemaakte invorderingskosten, alsmede de wettelijke rente.

- 2 De verhoging als bedoeld in het eerste lid kan eerst plaatsvinden nadat de verzekerde door de zorgverzekeraar schriftelijk is aangemaand de verschuldigde premie binnen een bij de aanmaning genoemde termijn te betalen en de verzekerde binnen die termijn de verschuldigde premie niet heeft betaald. De verhoging bedraagt tenminste f 5,-. Bij de derde en de volgende aanmaningen bedraagt de verhoging tenminste f 50,-, welk bedrag wordt verhoogd met de over het bedrag verschuldigde BTW indien de incasso in handen is gegeven van derden.

Artikel 12

Schuldige nalatigheid bij betaling premie

Indien de verzekerde schuldig nalatig blijft de door hem verschuldigde premie volledig te voldoen kan de zorgverzekeraar de kosten van door hem of zijn medeverzekerden geldend gemaakte aanspraken op zorg geheel of gedeeltelijk op hem verhalen.

Artikel 13

Zorgaanspraken

- 1 De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de Ziekenfondswet en dit reglement gesteld, aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in zijn geneeskundige verzorging, dan wel op een eventueel daarvoor in de plaats tredende uitkering in geld voor verstrekkingen die krachtens de wet zijn aangewezen.
- 2 De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de AWBZ en dit reglement gesteld, aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in zijn geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. De zorg, als bedoeld in artikel 6, eerste lid van de AWBZ,

wordt door de zorgverzekeraar als verstreking aan de verzekerde verleend.

Artikel 14

Geldend maken van zorgaanspraken

- 1 De verzekerde die zijn aanspraak op zorg geldend wil maken, wendt zich daartoe, naar vrije keuze, tot een persoon of instelling in Nederland met wie of waarmee de zorgverzekeraar tot dat doe een zogenoemde medewerkersovereenkomst heeft gesloten.
Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit zorgverleners in zijn woonplaats of naaste omgeving die met de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten, met dien verstande dat de verzekerde voor zorg te verlenen door een huisarts, tandarts of apotheker behoudens in door de zorgverzekeraar te bepalen uitzonderingsgevallen, zich dient te wenden tot de huisarts, tandarts respectievelijk apotheker, op wiens naam hij staat ingeschreven.
De zorgverzekeraar verschaft informatie over namen en adressen van personen en instellingen met wie de zorgverzekeraar een medewerkersovereenkomst heeft gesloten.
- 2 Indien de verzekerde voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg zich wenst te wenden tot een persoon of instelling in Nederland met wie de zorgverzekeraar geen medewerkersovereenkomst heeft gesloten, kan de zorgverzekeraar daartoe vooraf toestemming verlenen, indien zulks voor de verkrijging van de in artikel 13 bedoelde zorg voor de verzekerde nodig is.
- 3 De verzekerde is verplicht om telkenmale als hij zich vervoegt bij een persoon of instelling, bedoeld in de vorige leden, deze aan te tonen door middel van een geldig bewijs van inschrijving dat hij als verzekerde bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

Artikel 15

Zorgaanspraken in het buitenland

- 1 De verzekerde kan zich voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg wenden vanuit Nederland tot een persoon of inrichting in het buitenland, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend en zulks voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.
- 2 De verzekerde kan zich voorts voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg in andere gevallen dan zoals bedoeld in het eerste lid wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland op de voorwaarden zoals bij en krachtens de wet bepaald.
- 3 De verzekerde dient voor het tot gelding brengen van zijn nota's van een apotheek, deze te voorzien van het voorschrift van de arts.

Artikel 16

Farmaceutische zorg

- 1 De verzekerde deelt bij de inschrijving aan de zorgverzekeraar mede op naam van welke apotheker, apotheekhoudende huisarts of instelling die farmaceutische zorg verleent, hij wenst te worden ingeschreven.
Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit de zorgverleners uit de eigen woonplaats met wie de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.
- 2 De verzekerde kan een apotheekhoudende huisarts alleen dan als apotheker kiezen, indien hij deze ook als huisarts kiest.
- 3 Onverminderd het bepaalde in de tweede volzin van het eerste lid kan de verzekerde op zijn schriftelijk verzoek worden overgeschreven op naam van een andere zorgverlener voor zijn farmaceutische zorg.

Artikel 17

Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een zorgverlener tot wie de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak ingevolge de Ziekenfondswet en/of AWBZ geldend te maken.

Artikel 18

Aansprakelijkheid van derden

- 1 Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de ziekenfondsverzekerde, aansprakelijk is - anders dan krachtens een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenregeling of een overeenkomst, door de verzekerde met een andere (rechts)persoon gesloten - is de verzekerde verplicht ten genoegen van de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in de artikelen 83a, 83b en 83c Ziekenfondswet.
- 2 Wanneer bij een aan de ziekenfondsverzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de zorgverzekeraar en de bevoegde politie-instantie. Van de aangifte bij de bevoegde politie-instantie kan - zo mogelijk na overleg met de zorgverzekeraar - worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door de zorgverzekeraar van de kosten op bedoelde derde.
- 3 De ziekenfondsverzekerde 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 de zorgverzekeraar.

- 4 In geen geval mag de ziekenfondsverzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.
- 5 Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de ziekenfondsverzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de zorgverzekeraar veroorzaakte schade.

Artikel 19

Verval vorderingsrecht

Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ anders is of wordt bepaald, vervalt elke vordering, die de verzekerde uit hoofde van een in dit reglement genoemde verzekering jegens de zorgverzekeraar krijgt, indien zij niet binnen een jaar na haar ontstaan bij de zorgverzekeraar is ingediend. Het voorgaande lijdt uitzondering indien de verzekerde, naar het oordeel van de zorgverzekeraar, redelijkerwijze niet in staat was de vordering tijdig in te dienen. Het bepaalde in dit artikel heeft geen betrekking op aanspraken op verstrekkingen die de verzekerde uit hoofde van zijn verzekering tot gelding zou kunnen brengen.

Artikel 20

Wijziging reglement

Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze zoals dat door de zorgverzekeraar in zijn statuten en/of huishoudelijk reglement is geregeld. Dit met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ.

Artikel 21

Niet geregelde gevallen

In niet in dit verzekeringsreglement geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ beslist de zorgverzekeraar.

Artikel 22

Geschillen

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen. De zorgverzekeraar zal de verzekerde desgevraagd en voor zover nodig uit eigener beweging informatie verschaffen met betrekking tot klacht- en beroepsmogelijkheden.

Artikel 23

Privacy

De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing dat ter inzage ligt bij de zorgverzekeraar.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN (KEUZEPOLIS)

Artikel 1

Begripsomschrijvingen

- 1 **Maatschappij:**
Achmea Zorgverzekeringen N.V., K.v.K. 28080300.
- 2 **Verzekeringnemer:**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.
- 3 **Verzekerde:**
Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.
- 4 **Fysiotherapeut:**
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 5 **Gezondheidszorgpsycholoog:**
Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 6 **Tandarts:**
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 7 **Tandprotheticus:**
Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 8 **Adviserend tandarts:**
De tandarts, die de maatschappij over de toelating tot de verzekering en over de medische doelmatigheid van de behandeling adviseert.
- 9 **Orthodontist:**
Een in Nederland gevestigde tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 10 **Medisch adviseur:**
De arts, die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.
- 11 **Medische noodzaak:**
De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
- 12 **Hoofdverzekering:**
De verzekeringen zoals deze in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregeld zijn en waarvoor verzekerde is ingeschreven bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Groene Land Zorgverzekeraar U.A. gevestigd te Meppel of een andere bevoegde zorgverzekeraar.

Artikel 2

Algemeen

Iedere verzekerde is, behalve aan de bepalingen van de statuten, ook onderworpen aan de bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3

Grondslag van de verzekering

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier, alsmede schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens de grondslag voor de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging of onvolledig of onjuiste beantwoording van door of namens de maatschappij gestelde vragen kan voor

de maatschappij aanleiding zijn zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen.

Artikel 4

Wijziging van het risico

De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de maatschappij mee te delen.

Zodanige wijzigingen zijn onder meer:

- Het van kracht worden van een andere verzekering tegen ziektekosten dan ingevolge de Ziekenfondswet
- Verhuizing van de verzekeringsnemer
- Huwelijk
- Geboorte
- Overlijden.

Artikel 5

Ingang en opschorting van de verzekering

Het recht op vergoeding van ziektekosten vangt aan op het tijdstip, dat de verzekerde tot de betreffende dekking is toegelaten. Opschorting van de verzekering is niet mogelijk. Voor het Tand Totaal (Plus) pakket geldt een toelatingsprocedure.

Artikel 6

Beëindiging van de verzekering

- 1 Bij beëindiging van de verzekering bestaat er geen recht meer op enige vergoeding. Opzegging van de verzekering is mogelijk indien de berichtgeving hieromtrent schriftelijk geschiedt en door de maatschappij ontvangen is, uiterlijk twee maanden voor afloop van de verzekeringsperiode of bij beëindiging van de Ziekenfondsverzekering.

- 2 De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere daarvoor in aanmerking komende verzekering op een door de maatschappij vastgestelde datum. De verzekeringsnemer wordt van de voorgenomen wijziging in kennis gesteld. Als hij niet instemt met de wijziging, dient hij dit schriftelijk aan de maatschappij te melden binnen 30 dagen nadat de wijziging ingaat. De verzekering eindigt dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

Verzekeringsnemer heeft niet het recht de wijziging te weigeren, indien de wijziging een verlaging van de tarieven en/of verbetering van de voorwaarden inhoudt, of wanneer er sprake is van een herziening van de premie en/of voorwaarden die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen of indien overheidsmaatregelen hiertoe aanleiding zijn.

Artikel 7

Boekjaar

Het boekjaar van de maatschappij is gelijk aan het kalenderjaar.

Artikel 8

Verplichtingen van de verzekerden

- 1 Alle door de maatschappij verlangde inlichtingen dienen zo spoedig mogelijk volledig, nauwkeurig en naar waarheid te worden verstrekt.
- 2 De verzekerde dient de voorschriften van zijn arts nauwkeurig op te volgen en in het algemeen dient dat te geschieden, wat voor een spoedige genezing bevorderlijk is en nagelaten te worden wat daarvoor nadelig is.
- 3 De verzekerde dient indien nodig medewerking te verlenen aan een geneeskundig controle-onderzoek door een medisch adviseur van de maatschappij.
- 4 De verzekerde dient na ontvangst de originele nota's ter afhandeling aan te bie-

den. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn. Nota's dienen binnen 24 maanden na de op de nota vermelde behandeldatum te worden ingediend, daar anders aanspraak op uitkering vervalt.

- 5 De looptijd van de verzekering is onbepaald, tenzij de bijzondere voorwaarden anders vermelden.

Artikel 9

Verhaal

De verzekerde, of degene, die voor de verzekerde meent aanspraak te kunnen doen gelden jegens derden voor de kosten van ziekte en/of ongeval, is verplicht deze aanspraken over te dragen aan de maatschappij tot het bedrag dat de maatschappij, op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, dient uit te keren, vermeerderd met de kosten, ontstaan bij het geldend maken van deze aanspraken. De verzekerde is niet bevoegd zonder toestemming van de maatschappij enige maatregel in of buiten rechte te nemen jegens derden of met hen een schikking aan te gaan. Hij is verder verplicht zich te onthouden van alles wat de rechten van de maatschappij zou kunnen verkorten of schaden, dan wel de uitoefening van die rechten zou kunnen bemoeilijken.

Artikel 10

Betaling en wanbetaling

- 1 De verzekeringsnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen uiterlijk op de dertigste dag nadat zij verschuldigd worden.
Indien de verzekeringsnemer niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend voor gebeurtenissen die plaatsvinden op of na de dag waarop de (suppletie)premie en de kosten verschuldigd worden. Een ingebrekestelling is hiervoor niet vereist. De verzekeringsnemer dient het verschuldigde bedrag (inclusief rente en incassokosten)

alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag nadat het verschuldigde bedrag aan de maatschappij is voldaan, tenzij de maatschappij binnen 14 dagen na ontvangst van het verschuldigde bedrag anders besluit. Indien het verschuldigde bedrag niet wordt voldaan, kan de maatschappij de verzekering beëindigen.

- 2 De maatschappij behoudt zich het recht voor het totaalbedrag van de verschuldigde betalingen te verrekenen met een te verstrekken uitkering ten behoeve van de verzekeringsnemer. Aan verzekeringsnemer komt het recht niet toe om te verrekenen.

Artikel 11

Samenloop

- 1 Indien, zo de in de voorwaarden beschreven verzekeringen niet bestonden, aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze aanspraak pas in de laatste plaats geldig.
Dan zullen alleen die kosten vergoed worden welke het bedrag waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken te boven gaan.
- 2 Met inachtneming van de Ziekenfondswet respectievelijk de AWBZ geldt voor de aanvullende verzekeringen het volgende:
Bij samenloop van de verzekeringen bij de maatschappij worden rekeningen achtereenvolgens ten laste gebracht van de Ziekenfondsverzekering, respectievelijk de Aanvullende Tandartskostenverzekering, respectievelijk de Aanvullende Ziekenfondsverzekering.

Artikel 12

Geschillen

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen.
In gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de

maatschappij, zo nodig na advies van een medisch adviseur. Nadat de maatschappij van de klacht in kennis is gesteld, kan de klacht tevens voor advies worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 13

Privacy

De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing dat ter inzage ligt bij de maatschappij.

Artikel 14

Adres

Kennisgeving aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.

BIJZONDERE VOORWAARDEN KEUZEPOLIS (AANVULLENDE ZIEKENFONDSVERZEKERING)

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken en met inachtneming van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Keuzepolis (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) heeft.

Op de hierna genoemde rubrieken bestaat geen aanspraak op vergoeding van vervoerskosten, tenzij anders is bepaald.

Artikel 1

Ingang en acceptatie van de verzekering

- 1 Wanneer de Keuzepolis (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) tegelijkertijd met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, geschiedt de acceptatie op basis van non-selectie. De ingangsdatum van de Aanvullende Verzekering is dan gelijk aan de hoofdverzekering.
- 2 Indien de Keuzepolis (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) niet gelijktijdig met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, vindt acceptatie plaats op basis van selectie. De inschrijving vindt dan plaats per de eerste van de maand volgend op de datum binnenkomst van de aanvraag bij de maatschappij.
- 3 De verzekering moet worden aangegaan voor de hoofdverzekerde en zijn medeverzekerde(n).

Artikel 2

Looptijd van de verzekering

De inschrijving geldt voor een termijn van 1 kalenderjaar. Indien echter de inschrijving niet per 1 januari geschiedt, loopt de eerste inschrijvingstermijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving

plaatsvond. De verzekering wordt telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van 1 kalenderjaar.

Artikel 3

Machtiging

Op bepaalde vergoedingen en verstrekkingen bestaat slechts aanspraak indien vooraf een machtiging is verleend door de maatschappij.

Artikel 4

Vergoedingen

Vergoeding vindt plaats voor de kosten van:

1 Acnebehandeling

Vergoed worden, op verwijzing van een arts, de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De vergoeding bedraagt maximaal f 400,- per 5 kalenderjaren.

2 Alternatieve geneesmiddelen

Homeopathische geneesmiddelen die wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z.index) worden vergoed als deze zijn verstrekt op voorschrift van een (alternatieve) arts. Vergoeding vindt alleen plaats als de geneesmiddelen worden verkregen van een in Nederland gevestigde farmaceutische voorziening waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft. De maximale vergoeding bedraagt f 400,- per verzekerde per kalenderjaar.

3 Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden de kosten van consulten en behandelingen van de hierna vermelde alternatieve geneeswijzen. De maximale vergoeding bedraagt f 62,50

- per consult en/of behandeling. De maximale vergoeding bedraagt f 400,- per verzekerde per kalenderjaar. Voorwaarde voor vergoeding is dat de consulten en/of behandelingen worden uitgevoerd door een in Nederland bevoegde arts (a t/m e) of zorgverlener (f t/m i) die door de maatschappij is erkend.
- a flebologie;
 - b homeopathie;
 - c manuele geneeskunde;
 - d moermantherapie;
 - e natuurgeneeskunde;
 - f behandeling door een chiropractor;
 - g enzymtherapie;
 - h klassieke homeopathie;
 - i osteopathie.
- Indien de alternatieve arts tevens de huisarts is, worden de consulten en behandelingen niet vergoed.
- 4 **Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood**
Op verwijzing van huisarts of kinderarts wordt na goedkeuring door de maatschappij bewakingsapparatuur in bruikleen verstrekt voor de duur van maximaal 18 maanden.
 - 5 **Brillenglazen en contactlenzen**
Vergoed worden de kosten van aanschaf van brillenglazen en contactlenzen éénmaal per 2 kalenderjaren.
De vergoeding bedraagt bij brillenglazen maximaal f 50,- per glas en bij contactlenzen tot maximaal f 25,- per lens.
 - 6 **Buitenlanddekking**
Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) worden vergoed:
 - a de kosten van spoedeisende geneeskundige zorg, op basis van de kostprijs (laagste verpleegklasse), indien deze behandeling(en) bij verblijf in Nederland zouden vallen onder de dekking van de Ziekenfondsverzekering of AWBZ;
 - b de kosten van tandheelkundige zorg tot een bedrag van f 750,-, indien sprake is van acute pijn en/of acute problemen waarbij noodvoorzieningen moeten worden getroffen en de verzekerde tevens een Aanvullende Tandartskostenverzekering bij de maatschappij heeft afgesloten;
 - c de kosten van ziekenvervoer vanuit het buitenland terug naar Nederland (repariëring), na toestemming van de maatschappij;
 - d de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot terug naar Nederland.
Niet vergoed worden kosten die redelijkerwijs te voorzien waren bij vertrek naar het buitenland.
Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient direct overleg gepleegd te worden met de Alarmcentrale EuroCross.
De kosten worden alleen vergoed tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. Waarbij de nota's van een apotheek altijd voorzien dienen te zijn van het voorschrift van de arts.
De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekenkoers op de dag waarop de medische behandeling heeft plaatsgevonden.
Voor landen waarmee Nederland een verdrag heeft gesloten over het verstrekken van geneeskundige zorg wordt de koers vastgesteld door de Ziekenfondsraad.
 - 7 **DVZ Zorglijn**
Gratis kan gebruik worden gemaakt van de DVZ-Zorglijn, waarbij medewerkers van DVZ Zorglijn u - waar mogelijk - helpen bij het vinden van christelijke zorgverleners. Het telefoonnummer van de DVZ Zorglijn is **(071) 402 66 23**.
 - 8 **Elastische Kousen (Klasse I)**
Eenmaal per kalenderjaar een vergoeding van 80% van een paar elastische kousen (Klasse I). De kousen dienen geleverd te worden door een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft, op voorschrift van de behandelend arts.
 - 9 **Farmaceutische zorg**
Op aanvraag van huisarts of medisch specialist en na goedkeuring door de maatschappij kan vergoeding worden verleend voor een aantal geneesmidde-

len welke niet vergoed worden krachtens de regeling Farmaceutische zorg zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal middelen bij een aantal op diagnose gebaseerde indicaties.

De middelen waarom het gaat zijn bekend bij de huisarts, apotheek en medisch specialist.

10 Fysiotherapie/oefentherapie Cesar/Mensendieck

Vergoed worden de kosten van behandelingen op voorschrift van de huisarts of medisch specialist door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck als bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit, de Besluiten oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, voorzover niet gedekt door de Ziekenfondsverzekering.

De vergoeding dient vooraf, ter goedkeuring, te worden aangevraagd bij de maatschappij.

De zorg moet worden verleend door een zorgverlener waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.

De reiskosten worden vergoed op basis van openbaar vervoer (laagste klasse) of indien gebruik wordt gemaakt van eigen vervoer f 0,22 per kilometer.

11 Gezinszorg

Vergoed wordt maximaal f 5,- per uur voor ten hoogste 336 uren per kalenderjaar voor gezinszorg.

12 Herstellingsoorden

Vergoed wordt:

- maximaal f 100,- per dag van opname in een herstellingsoord dat lid is van het verbond van Nederlandse Herstelingsoordorganisaties, gedurende maximaal 21 dagen per 3 kalenderjaren (somatische gezondheidszorg).
- maximaal f 50,- per dag van opname in een herstellingsoord dat lid is van de Federatie Evangelische Zorg Organisaties, gedurende maximaal 3 maanden per 3 kalenderjaren (psycho-somatische gezondheidszorg).

Voor meer informatie over aangesloten herstellingsoorden kunt u terecht bij FEO, Stationsstraat 23, 3371 AX Hardinxveld-Giessendam. Het telefoonnummer is (0184) 670 467.

13 Hoortoestellen

Vergoed wordt, op medische indicatie en na voorafgaande toestemming door de maatschappij voor een geavanceerd hoortoestel, de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage bij aanschaf van een geavanceerd hoortoestel. De vergoeding bedraagt maximaal f 400,- voor een enkelvoudig hoortoestel en maximaal f 800,- voor een dubbel hoortoestel.

Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor hoortoestellen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen, zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.

14 Hospice

Vergoed wordt maximaal f 250,- per etmaal voor ten hoogste 2 maanden.

15 Hulp-oproepsysteem Action Line

Als aanvulling op de vergoeding vanuit de Regeling hulpmiddelen worden ook de abonnementskosten vergoed.

16 Kortdurende Psychologische Zorg

Vergoed worden de kosten van een behandeling door een psycholoog.

Maximaal worden 9 zittingen per 24 maanden vergoed. De maximale vergoeding bedraagt f 105,- per zitting.

De volgende nadere voorwaarden zijn van toepassing:

- het moet gaan om acute, kortdurende individuele zorg die plaatsvindt in het kader van de behandeling door de huisarts;
- de behandeling kan alleen plaatsvinden na verwijzing door de huisarts;
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een psycholoog afgestudeerd in de psychologie en die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat;
- de vergoeding wordt rechtstreeks overgemaakt aan de psycholoog.

- 17 **Lidmaatschap Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV)**
 Vergoed wordt de jaarlijkse contributie van f 17,50 van de NPV. Indien u lid bent van deze vereniging, dan kunt u gratis gebruik maken van de diensten van de NPV. Voor informatie kunt u terecht bij het landelijk bureau NPV, Postbus 178, 3900 AD Veenendaal. Het telefoonnummer is (0318) 54 78 88.
- 18 **Mamma-prothesen**
 Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor een mamma-prothese.
 Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor mamma-prothesen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.
- 19 **Orthodontie voor kinderen tot 18 jaar**
 Voor de looptijd van de verzekering wordt vergoed 75% van de kosten van orthodontische behandelingen door een tandarts of orthodontist. De vergoeding geldt voor maximaal 24 behandelingsmaanden, ongeacht het aantal zorgverleners dat de behandeling uitvoert.
 De maand waarin de apparatuur wordt geplaatst, wordt gerekend als eerste behandelingsmaand.
 Er moet sprake zijn van een actieve beugelbehandeling.
 Alleen de kosten van noodzakelijke extra behandeling die worden veroorzaakt door de overname van de behandeling door een andere behandelaar als gevolg van een verhuizing worden vergoed.
 Er wordt geen vergoeding gegeven voor de kosten van orthodontische behandelingen als gevolg van onzorgvuldig gebruik en/of slechte gewoonten.
- 20 **Orthopedisch schoeisel**
 De door de verzekerde van 16 jaar en ouder verschuldigde eigen bijdrage voor orthopedische- of allergeenvrije schoenen wordt vergoed tot maximaal f 25,- per schoen.
 Er vindt uitsluitend vergoeding plaats voor orthopedische- of allergeenvrije
- schoenen welke vergoed worden volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet.
- 21 **Plaswekker**
 Op verwijzing van huisarts of medisch specialist wordt na goedkeuring door de maatschappij een plaswekker in bruikleen verstrekt gedurende een periode van 3 maanden.
- 22 **Podotherapie**
 Vergoed worden, op verwijzing van huisarts of medisch specialist, de kosten van voetbehandeling bij ernstige diabetische of reumatische voetproblemen.
 De behandeling moet worden gegeven door een podotherapeut waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft.
 De maximale vergoeding bedraagt f 275,- per kalenderjaar.
- 23 **Poliklinische bevalling zonder medische indicatie**
 Voor verzekerden geldt bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie een vergoeding van 50% van de op basis van de hoofdverzekering wettelijk in rekening gebrachte eigen bijdrage.
 Voorwaarde is dat de eigen huisarts of verloskundige zelf de bevalling leidt.
 De eigen bijdrage kraamzorg wordt niet vergoed.
- 24 **Pruiken**
 Indien de pruik vergoed wordt volgens de regeling Hulpmiddelen zoals deze is vastgesteld in de Ziekenfondswet, wordt deze vergoeding aangevuld tot maximaal f 750,-.
- 25 **Reumakuurreizen**
 Vergoed worden, op aanvraag en na voorafgaande toestemming door de maatschappij, de kosten van behandelingen tot maximaal f 2.750,- per kalenderjaar bij reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Reiskosten worden niet vergoed.
 Alleen kuurreizen die worden georganiseerd door de Stichting Interkuur te Noordwijk komen voor vergoeding in aanmerking.

26 Reis- en verblijfkosten bij ziekenhuisopname

Bij verpleging of poliklinische behandeling van de verzekerde of een (mee)verzekerd gezinslid in een ziekenhuis dat op minimaal 50 kilometer ligt van de woonplaats van de verzekerde worden vergoed:

- de kosten van het verblijf in een Ronald McDonald Huis of een logeerhuis, verbonden aan een ziekenhuis;
- de reiskosten voor maximaal 1 bezoek aan een (mee)verzekerd gezinslid per dag.

Het verzoek om vergoeding van de reiskosten dient schriftelijk te worden ingediend. De vergoeding voor de reiskosten is gebaseerd op de tarieven van het openbaar vervoer (tweede klas).

Voor vervoer per eigen auto geldt een vergoeding van f 0,22 per kilometer.

Voor verblijf- en reiskosten geldt een eigen bijdrage van f 200,-.

27 Second Opinion

Op verwijzing van de huisarts worden vergoed de kosten verbonden aan het verkrijgen van een second opinion door een andere medisch specialist dan de behandelend medisch specialist.

28 Steunzolen

Vergoed wordt voor volwassenen éénmaal per 2 kalenderjaren en voor kinderen tot 16 jaar éénmaal per kalenderjaar, maximaal f 75,- voor steunzolen naar blauwdruk, gipsmodel of schuimdoos-techniek.

De steunzolen dienen geleverd te worden door een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft, op voorschrift van de behandelend arts.

29 Stottertherapie

Vergoed worden, op verwijzing van huisarts, behandel-, reis- en verblijfkosten van stottertherapie volgens de hierna genoemde methodes, tot maximaal f 1.000,- per verzekerde voor de totale looptijd van de verzekering.

- BOMA-methode;
- Del Ferro-methode;
- Hausdörfer-methode.

30 Tandheelkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de officieel goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven):

Inlays*

- R11 eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R12 tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek
- R13 drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek

Kronen* (inclusief noodvoorziening)

- R20 gegoten metalen kroon
- R25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein
- R26 jacketkroon met schouderpreparatie
- R27 jacketkroon zonder schouderpreparatie
- R28 endokroon, indirect vervaardigd
- R29 roestvrijstalen kroon, kunstharconfectie kroon

Bruggen* en etsbruggen*

- R40 eerste dummy
- R45 tweede en volgende in hetzelfde tussendeel
- R60 dummy zonder preparatie
- R61 dummy met preparatie
- R65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel

Indirecte labiale veneering*

- R78 indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie
- R79 indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar vooraf ging.

**Techniekkosten kronen*, inlays*,
bruggen* en labiale veneeringen***

R00 vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal f 150,- per element.

Solitair implantaat

I13/238045 vergoeding plaatsing eerste solitair implantaat, maximaal f 1.000,- per 2 kalenderjaren van de totale behandelingskosten. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging

Overige kodes (geen vergoeding techniekkosten)

R32 gegoten opbouw indirecte methode

R33 gegoten opbouw directe methode

R46 intra-coronaire brugverankering, per anker

R74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties

R75 opnieuw vastzetten etsbrug

A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerden die 1 keer per jaar het eigen gebit door de tandarts laten onderzoeken.

31 Wachttijdbemiddeling

Voor verzekerden is er de mogelijkheid van wachttijdbemiddeling voor specialistische zorg en/of ziekenhuisopname indien er sprake is van een wachttijd die langer is dan:

3 weken voor een polikliniekbezoek;

4 weken voor een dagbehandeling;

6 weken voor een ziekenhuisopname.

Voor verdere informatie kunt u contact opnemen met de afdeling zorgbemiddeling, tel. **(0522) 26 69 87**.

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

BIJZONDERE VOORWAARDEN AANVULLENDE TANDARTSKOSTENVERZEKERING

bestaande uit de onderdelen 'Tand Totaal Pakket' en 'Tand Totaal Plus Pakket'

Op vergoeding van de hierna genoemde rubrieken bestaat aanspraak mits de verzekerde op de behandeldatum een Aanvullende Tandartskostenverzekering heeft.

Artikel 1

Vergoedingen

Met inachtneming van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen vindt vergoeding plaats voor de volgende behandelingen:

TAND TOTAAL (plus) PAKKET

Artikel 2

Algemene bepalingen Tand Totaal (Plus) Pakket

- 1 De dekking voor het Tand Totaal Pakket en Tand Totaal Plus Pakket geldt uitsluitend wanneer de verschuldigde premie voor deze verzekering door de verzekeringsnemer is voldaan.
- 2 De dekking voor het Tand Totaal Pakket en Tand Totaal Plus Pakket omvat de vergoedingen zoals omschreven in artikel 3; indien en zolang de behandeling tandheelkundig doelmatig is en niet onnodig kostbaar. Dit ter beoordeling aan de maatschappij.
- 3 De verzekering wordt aangegaan voor het lopende kalenderjaar en de 3 daarop volgende kalenderjaren en wordt telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van 1 kalenderjaar.
Wanneer het Tand Totaal (Plus) Pakket tegelijkertijd met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, is de ingangsdatum van het Tand Totaal (Plus) Pakket gelijk aan de ingangsdatum van de hoofdverzekering. Indien het Tand Totaal (Plus)

Pakket niet gelijktijdig met de hoofdverzekering wordt aangevraagd, vindt de inschrijving plaats per de eerste van de maand volgend op de datum binnenkomst van de aanvraag bij de maatschappij.

- 4 De aanmelding dient te geschieden op het daarvoor bestemde en door de maatschappij verstrekte aanvraagformulier. Voor de acceptatie van het Tand Totaal Pakket moet onder andere het gebit gesaneerd zijn. Ten behoeve van de acceptatie voor het Tand Totaal Plus Pakket kan een tandheelkundig keuringsrapport verlangd worden. De kosten van dit keuringsrapport (code C70) zullen na ontvangst hiervan worden vergoed, mits de verzekering wordt geaccepteerd door de maatschappij.

Artikel 3

Vergoedingen tandheelkunde

Van de tandartsnota's komen alleen die verrichtingen voor vergoeding in aanmerking waarvoor het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg een maximum tarief heeft goedgekeurd. De verzekering volgens het Tand Totaal Pakket en het Tand Totaal Plus Pakket geeft recht op vergoeding van de kosten van de hierna genoemde verrichtingen.

Tand Totaal Pakket (TTP) en Tand Totaal Plus Pakket (TTPP)

Vergoed wordt 100% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de officieel goedgekeurde tarieven (tenzij anders is aangegeven):

Rubrieken	TTP	TTPP
Consulten		
C21 consult inclusief kleine verrichting(en)	•	•
C25 specifiek consult	•	•
C30 eerste bezoek nieuwe patiënt	•	•
C81 weekenddienst	•	•
Röntgendiagnostiek		
X10 intra-orale foto: per opname	•	•
X21 orthopantomogram		•
Restauraties door middel van plastische materialen (vullingen: amalgaam, composiet)		
V10 pitvulling	•	•
V11 eenvlaksrestauratie	•	•
V12 tweevlaksrestauratie	•	•
V13 drievlaksrestauratie	•	•
V14 kroon van plastisch materiaal	•	•
V20 etsen ten behoeve van composiet	•	•
V21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag, vergoeding op basis van V20	•	•
Deelbehandelingen bij vullingen		
V40 het polijsten c.q. bijwerken van vullingen		•
V50 droogleggen van elementen door middel van cofferdam		•
V60 indirecte pulpa-overkapping		•
V70 parapulpaire stift		•
Pulpa- en wortelkanaalbehandelingen		
E10 wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: guttapercha, zilverstift	•	•
E15 wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: guttapercha, zilverstift	•	•
E20 wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal: pasta	•	•
E25 wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal: pasta	•	•
E60 vitaalamputatie/partiële pulpotomie	•	•
E65 apexificatie	•	•
E75 initiële wortelkanaalbehandeling per element (tijdens waarneming)	•	•
E85 elektronische lengtebepaling 1 keer per element X (alleen in combinatie met code E10)	•	•
A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie (alleen in combinatie met wortelkanaalbehandelingen)	•	•
Esthetische behandelingen		
E90 inwendig bleken per element, eerste zitting		•
E95 inwendig bleken per element, elke volgende zitting		•
Chirurgische ingrepen		
H10 extractie	•	•
H15 extractie volgend element	•	•
H20 hechten per tandholte		•

Rubrieken	TTP	TTPP
H21 kosten hechtmateriaal (alleen in combinatie met code H30)	•	•
H25 uitgebreid wondtoilet	•	•
H30 gecompliceerde extractie zonder mucoperiostale opklap	•	•
Gedeeltelijke prothetische voorzieningen en reparaties		
P10 partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, geen vergoeding techniekkosten	•	•
P15 partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, geen vergoeding techniekkosten	•	•
P34 frameprothese 1-4 elementen, maximaal f 250,-	•	
P34 frameprothese 1-4 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P35 frameprothese 5-13 elementen, maximaal f 250,-	•	
P35 frameprothese 5-13 elementen, 100% honorarium, geen vergoeding techniekkosten		•
P51 rebasen partiële prothese/frameprothese indirect zonder randopbouw (techniekkosten maximaal f 45,-)	•	•
P52 rebasen partiële prothese/frameprothese indirect met randopbouw (techniekkosten maximaal f 45,-)	•	•
P53 rebasen partiële prothese/frameprothese direct zonder randopbouw (techniekkosten maximaal f 45,-)	•	•
P54 rebasen partiële prothese/frameprothese direct met randopbouw (techniekkosten maximaal f 45,-)	•	•
P56 tissue conditioning partiële prothese/frameprothese (techniekkosten maximaal f 45,-)	•	•
P57 reparatie van partiële prothese/frameprothese, zonder afdruk (techniekkosten maximaal f 35,-)	•	•
P58 reparatie van partiële prothese/frameprothese, met afdruk (techniekkosten maximaal f 35,-)	•	•
P79 uitbreiding van partiële prothese met element of anker, inclusief afdruk (techniekkosten maximaal f 35,-)	•	•
Volledige prothetische voorzieningen (machtiging noodzakelijk)		
Vergoed wordt 25% van de kosten van de onderstaande verrichtingen:		
P14 individuele afdruk met randopbouw	•	•
P17 extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur	•	•
P21 bovenprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P25 onderprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P27 reoccluderen	•	•
P28 naregistratie en remounten	•	•
P30 boven- en onderprothese, inclusief techniekkosten	•	•
P36 individuele afdruk zonder randopbouw	•	•
P37 frontopstelling in aparte zitting	•	•
P38 extra voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur	•	•
P39 extra voor bepaling neutrale zone	•	•
P40 prothesetarief, verhoogd met per immediaat te vervangen element	•	•
P41 extra voor relinen van alginaat-afdruk	•	•
P42 extra voor specifieke A-zone bepaling	•	•

Rubrieken	TTP	TTTP
P43 extra voor extra beetbepaling met waswallen	•	•
P78 uitbreiding van partiële prothese tot volledige prothese	•	•
P81 bovenprothese	•	•
P82 onderprothese	•	•
P83 boven- en onderprothese	•	•
Tevens komt voor vergoeding in aanmerking:		
I85 boven- en onderprothese, maximaal f 400,- (op implantaten)	•	•
I87 onderprothese, maximaal f 200,- (op implantaten)	•	•
003 P21 bijzondere tandheelkundige volledige bovenprothese, maximaal f 200,-	•	•
003 P25 bijzondere tandheelkundige volledige onderprothese, maximaal f 200,-	•	•
003 P30 bijzondere tandheelkundige volledige boven- en onderprothese, maximaal f 400,-	•	•
Precisie-verankering (geen vergoeding techniekkosten)		
P29 extra te berekenen voor elk overkapt element (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
P31 wortelkap met stift (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
P32 extra per precisieverankering c.q. per staafhuis (alleen in combinatie met volledige prothese)	•	•
Solitair implantaat		
I13/238045 Voor het plaatsen van een eerste solitair implantaat vergoeden wij maximaal f. 1.000,- per 2 jaar van de totale behandelingskosten. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopend jaar en het jaar dat aan het lopend jaar voorafging		•
Inlays*		
R11 eenvlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R12 tweevlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
R13 drievlaksinlay van metaal, kunststof of keramiek		•
Kronen* (inclusief noodvoorziening)		
R20 gegoten metalen kroon		•
R25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein		•
R26 jacketkroon met schouderpreparatie		•
R27 jacketkroon zonder schouderpreparatie		•
R28 endokroon, indirect vervaardigd		•
R29 roestvrijstalen kroon, kunstharsconfectie kroon		•

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

Rubrieken	TTP	TTPP
Bruggen* en etsbruggen*		
R40 eerste dummy		•
R45 tweede en volgende in hetzelfde tussendeel		•
R60 dummy zonder preparatie		•
R61 dummy met preparatie		•
R65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel		•
Directe labiale veneering*		
V15 directe labiale veneering (schildje)	•	•
Indirecte labiale veneering*		
R78 indirecte labiale veneering (schildje) zonder preparatie		•
R79 indirecte labiale veneering (schildje) met preparatie		•
Techniekkosten kronen*, inlays*, bruggen* en labiale veneeringen*		
R00 vergoeding techniekkosten van kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen, maximaal f 150,- per element.		
Overige codes (geen vergoeding techniekkosten)		
R32 gegoten opbouw indirecte methode		•
R33 gegoten opbouw directe methode		•
R46 intra-coronaire brugverankering, per anker		•
R74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties		•
R75 opnieuw vastzetten etsbrug		•
Behandelingen van kaakgewrichtsklachten		
G65 indirect planmatig inslijpen		•
G62 occlusale spalk inclusief techniekkosten		•
Vergoeding van deze behandelingen vindt plaats na een uitgebreid functie-onderzoek (G01). De kosten van dit onderzoek komen niet voor vergoeding in aanmerking.		
Parodontale behandelingen (tandvleesbehandelingen)		
Vergoed wordt 75% van alle door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg goedgekeurde T-codes inclusief eventuele techniekkosten volgens paroprotocol tot maximaal f 1.500,- voor de looptijd van de verzekering		•
Anesthesie		
A10 geleidings- en/of infiltratie anesthesie		•
A15 oppervlakte-anesthesie		•

* De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

ALFABETISCHE WOORDENLIJST	Pagina	Artikel
VERZEKERDENREGLEMENT ZIEKENFONDSWET EN AWBZ		
Aanmelding en inschrijving	6	2-3
Aansprakelijkheid	12	17-18
Beëindiging van de verzekering	7	3
Buitenland	11	15
Farmaceutische hulp	11	16
Geschillen	13	22
Incassowijze	10	10
Inschrijvingstermijn	7	3
Nalatigheid	10	11-12
Nominale Premie Ziekenfondswet		
- Vaststelling en premieheffing	8	6
- Verhoging	9	9
- Verschuldigd	9	8
Peildata	9	7
Privacy	13	23
Wijziging reglement	12	20
Zorgaanspraken	10	13-15
VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN		
Aanvullende Tandartskostenverzekering	24 e.v.	
Aanvullende Ziekenfondsverzekering	18 e.v.	
Adres	17	14
Alarmcentrale EuroCross	19	4.6
Algemeen	14	2
Alternatieve geneesmiddelen	18	4.2
Alternatieve geneeswijzen	18	4.3
Betaling en wanbetaling	16	10
Bewakingsapparatuur	19	4.4
Boekjaar	15	7
Brillenglazen	19	4.5
Buitenlanddekking	19	4.6
Contactlenzen	19	4.5
DVZ Zorglijn	19	4.7
Elastische kousen (Klasse I)	19	4.8
Farmaceutische zorg	19	4.9
Fysiotherapie/oefentherapie	20	4.10

	Pagina	Artikel
Geschillen	16	12
Grondslag	14	3
Gezinshulp	20	4.11
Herstellingsoorden	20	4.12
Hoortoestellen	20	4.13
Hospice	20	4.14
Hulp-oproepsysteem Action Line	20	4.15
Kortdurende Psychologische Zorg	20	4.16
Lidmaatschap Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV)	21	4.17
Mamma-prothesen	21	4.18
Orthodontie voor kinderen tot 18 jaar	21	4.19
Orthopedisch schoeisel	21	4.20
Plaswekker	21	4.21
Podothérapie	21	4.22
Poliklinische bevalling	21	4.23
Privacy	17	13
Pruiken	21	24
Reis- en verblijfkosten bij ziekenhuisopname	22	4.26
Reuma kuurbehandeling	21	4.25
Samenloop	16	11
Second Opinion	22	4.27
Steunzolen	22	4.28
Stottertherapie	22	4.29
Tandheelkundige hulp voor kinderen tot 18 jaar	22	4.30
Tandheelkundige kosten		
- Chirurgische ingrepen	25	3
- Consulten	25	3
- Deelbehandelingen bij vullingen	25	3
- Esthetische behandelingen	25	3
- Foto's	25	3
- Frameprothesen	26	3
- Kaakgewrichtsklachten	28	3
- Kronen, inlays en bruggen voor volwassenen	27	3
- Parodontologie	28	3
- Prothesen	26	3
- Restauratie	25	3

	Pagina	Artikel
- Techniekkosten	28	3
- Verdovingen	28	3
- Wortelkanaalbehandeling	25	3
Verhaal	16	9
Verplichtingen van de verzekerden	15	8
Verzekering:		
- Ingang en opschorting	15	5
- Beëindiging	15	6
Wachttijdbemiddeling	23	4.31
Wijziging risico	15	4