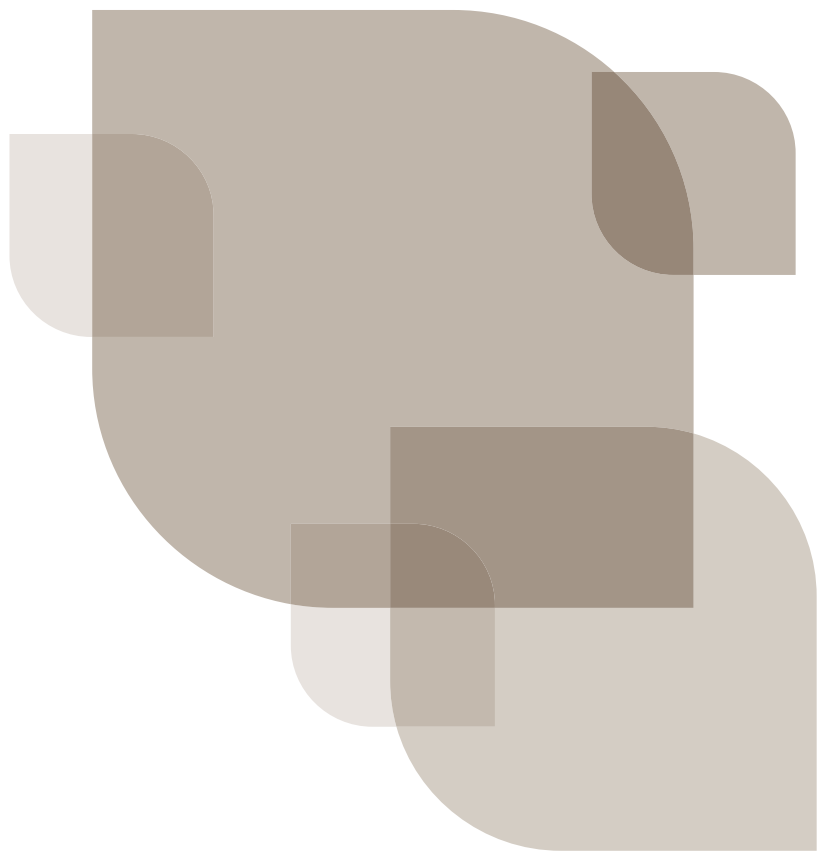




Verzekeringsvoorwaarden

Plus Aanvullende Verzekeringen 2012



Welkom bij Plus Zorgverzekering

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw Plus Aanvullende Verzekeringen. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruikmaken van het trefwoordenregister achterin deze voorwaarden of de inhoudsopgave. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

De daadwerkelijke vergoedingen vindt u onderaan het betreffende zorgartikel in Hoofdstuk II en III. Een aantal zorgvormen is gebundeld, zoals huidbehandelingen, preventie, hulpmiddelen, beweegzorg en voetbehandelingen. De vergoeding voor deze zorgvormen is in de vorm van een budget. De hoogte van de budgetten vindt u terug onderaan het betreffende zorgartikel in Hoofdstuk II.

Wat is een budget?

Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget opgenomen zorg. U hebt binnen het gemaximeerde bedrag vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

U kunt de informatie over uw Plus Aanvullende Verzekeringen ook vinden op www.pluszorgverzekering.nl/zorgverzekering.

Met vriendelijke groeten,
Plus Zorgverzekering van VGZ

Belangrijke telefoonnummers en adressen:

Klantenservice

0900 - 8463 (lokaal tarief)

De Klantenservice van Plus Zorgverzekering heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 17.00 uur. U kunt ook een e-mail sturen naar service@pluszorgverzekering.nl.

Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten? U kunt deze informatie vinden op www.pluszorgverzekering.nl/zorggids of hiervoor bellen met onze afdeling klantenservice.

VGZ Alarmcentrale

+31(0)40 - 297 55 50 (+ = internationaal toegangsnummer)

VGZ Kraamzorg

0900 - 221 31 41 (€ 0,10/min)

Vervoer

Wilt u een Formulier Verklaring Zittend Ziekenvoer? Dit kunt u vinden op www.pluszorgverzekering.nl of telefonisch opvragen via onze klantenservice.

Zorgadvies en bemiddeling

Wilt u zorgadvies of bemiddeling? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice via telefoonnummer 0900 - 8463 (lokaal tarief)

Aanvragen toestemming

U kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling sturen naar:

Plus Zorgverzekering
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

In deze verzekeringsvoorwaarden kunt u terugvinden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota sturen naar:

Plus Zorgverzekering
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Inhoudsopgave

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	7
Artikel 3. Premie	8
Artikel 4. Overige verplichtingen	9
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	10
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	10
Artikel 7. Klachten en geschillen	11
Artikel 8. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	11
II. Plus 1, Plus 2, Plus 3	12
Artikel 9. Alternatieve zorg	12
Artikel 10. Beweegzorg	12
Artikel 11. Brillen en contactlenzen	13
Artikel 12. Anticonceptiemiddelen	14
Buitenland	14
Artikel 13. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	14
Artikel 14. Repatriëring	14
Preventie	15
Gezond leven	15
Artikel 15. Cursussen	15
Artikel 16. Gezondheidstest	15
Artikel 17. Gewichtconsulent	15
Advies en begeleiding	15
Artikel 18. Sport Medisch Advies	15
Artikel 19. Incontinentiebegeleiding	15
Artikel 20. Zorg voor vrouwen in de overgang	16
Vaccinaties	16
Artikel 21. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	16
Geboortezorg	16
Artikel 22. Verloskundige zorg	16
Artikel 23. Eigen bijdrage kraamzorg	16
Artikel 24. Nazorg moeder en pasgeborene	16
Artikel 25. Kraampakket	17
Artikel 26. Elektrische borstkolf	17
Artikel 27. Lactatiekundig consult	17
Huidbehandelingen	17
Artikel 28. Acnebehandeling	17
Artikel 29. Camouflagetherapie	17
Artikel 30. Ontharen	17
Hulpmiddelen	18
Artikel 31. Audiologische hulpmiddelen	18
Artikel 32. Mammaprothese	18
Artikel 33. Pruiken	18
Artikel 34. Steunpessarium	18

Medisch specialistische zorg	18
Artikel 35. Besnijdenis (medische circumcisie)	18
Artikel 36. Buikwandcorrectie	19
Artikel 37. Ooglidcorrectie	19
Artikel 38. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	19
Artikel 39. Sterilisatie	20
Psychologische zorg	20
Artikel 40. Eerstelijnspsychologische zorg	20
Stoppen met roken	20
Artikel 41. Farmacotherapeutische ondersteuning bij stoppen met roken	20
Voetbehandelingen	21
Artikel 42. Voetverzorging voor de diabetes- of reumatische voet	21
Artikel 43. Podotherapie	21
Artikel 44. Steunzolen	21
Dieetadvisering	21
Artikel 45. Dieetadvisering	21
Zorg voor oncologische patiënten	22
Artikel 46. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	22
Mantelzorg	22
Artikel 47. Mantelzorgmakelaar	22
Artikel 48. Vervangende mantelzorg	22
Verblijf	23
Artikel 49. Herstellingsoorden en zorghotels	23
Artikel 50. Hospice	23
Artikel 51. Ronald McDonaldhuis/familiehuis	23
Vervoer	24
Artikel 52.1 Vervoer in verband met transplantatie van organen	24
Artikel 52.2 Taxivervoer	24
Mondzorg	24
Artikel 53. Gebitsprothesen	24
Artikel 54. Kronen ten gevolge van een ongeval	25
III. Plus Tand 1, Plus Tand 2, Plus Tand 3	26
Artikel 55. Tandheelkundige zorg	26
Artikel 56. Orthodontische zorg	26
56.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar	26
56.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder	26
IV. Begripsomschrijvingen	27
V. Trefwoordenregister	28

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven.

Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar

sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Hieronder vindt u de artikelen waarbij sprake is van gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders:

- Artikel 9. Alternatieve zorg;
- Artikel 10. Beweegzorg;
- Artikel 40. Eerstelijnspsychologische zorg;
- Artikel 45. Dieetadvisering
- Artikel 47. Mantelzorgmakelaar;
- Artikel 48. Vervangende mantelzorg;
- Artikel 49. Herstellingsoorden en zorghotels;
- Artikel 50. Hospice;
- Artikel 52.1 Vervoer in verband met transplantatie van organen;
- Artikel 52.2 Taxivervoer.

1.4. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden.

De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders VGZ 2012'. Deze lijst kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen, kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Verzoek

Spaar uw nota's niet op. Stuur ze direct naar ons door.

- Voeg de originele nota(s) bij een declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling.
 - U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw administratie.
 - Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voorin deze voorwaarden vindt.
-

1.6. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.7. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als u voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

1.11. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwikkelen Schadeclaims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk of per e-mail hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en).

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

Plus 1	hoofdstuk II
Plus 2	hoofdstuk II
Plus 3	hoofdstuk II
Plus Tand 1	hoofdstuk III
Plus Tand 2	hoofdstuk III
Plus Tand 3	hoofdstuk III

Als u een Plus 1, Plus 2, Plus 3 hebt afgesloten dan wordt de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken omschreven in de artikelen 9 tot en met 54. Hebt u daarnaast een Plus Tand 1, Plus Tand 2 of Plus Tand 3 afgesloten dan wordt de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg omschreven in de artikelen 55 en 56.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn de hoofdstukken I Algemeen gedeelte, IV Begripsomschrijvingen en V Trefwoordenregister op alle aanvullende verzekeringen van toepassing.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL.

Deze documenten kunt u vinden op onze website en ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering(en) kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen de Coöperatie VGZ U.A.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen.

Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze aanvullende verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk of per e-mail aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk of per e-mail opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2. Collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf 1 januari van het kalenderjaar volgende op de dag dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag bieden wij u een individuele aanvullende verzekering van VGZ aan.
- 3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.
- 3.2.4. Als u de Plus Basisverzekering beëindigt en de aanvullende verzekering voort wilt zetten dan brengen wij een toeslag op de premie in rekening. Deze toeslag gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de beëindiging van de Plus Basisverzekering plaatsvond.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 0,50.
- 3.3.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250 per maand. Voor bedragen boven de € 250 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. In

geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

- 3.5.2. Wij kunnen € 15 administratiekosten en daarnaast de (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.5.5. Als wij de aanvullende verzekering(en) wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de Plus Basisverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een Plus Basisverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Plus Basisverzekering

U kunt de aanvullende verzekering(en) alleen als aanvulling op een Plus Basisverzekering sluiten. Voor de aanvullende verzekering Plus 1, Plus 2 en Plus 3 geldt geen medische selectie.

6.2.2. Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde volwassene op de polis.

6.2.3. Tandheeskundige verzekeringen

6.2.3.1. De aanvullende verzekeringen Plus Tand 1, Plus

Tand 2, Plus Tand 3 kunnen alleen in aanvulling op de Plus 1, Plus 2, Plus 3 worden afgesloten.

6.2.3.2. U moet een tandheeskundige verklaring invullen als u 18 jaar of ouder bent:

- als u zich aanmeldt voor een Plus Tand 3;
- als u uw tandheeskundige verzekering wilt wijzigen naar een Plus Tand 3.

6.2.4. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen Plus Zorgverzekering van VGZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van de vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. In de berekening van de hoogte van de vergoeding waarop u aanspraak kunt maken, tellen deze eerder uitgekeerde vergoedingen mee.

6.3. Einde van rechtswege

6.3.1. De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk twee maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen. Wij informeren u hierover uiterlijk drie maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering(en) hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3.2. De aanvullende verzekeringen Plus Tand 1, Plus Tand 2, Plus Tand 3 eindigen met ingang van de dag waarop de Plus 1, Plus 2, Plus 3 eindigen.

6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk of per e-mail opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk of per e-mail opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de Plus Basisverzekering.

6.4.3. U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruik maken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

7.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website of klachten@pluszorgverzekering.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.

- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

7.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

7.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website.

7.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Plus 1, Plus 2, Plus 3

Artikel 9. Alternatieve zorg

Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofische geneeswijzen;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

- voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
- voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

■ Plus 1

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Plus 2

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ Plus 3

maximaal € 800 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorzichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 17).

Artikel 10. Beweegzorg

Omschrijving:

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefen therapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalings therapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;

3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5. alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Waar moet de zorg plaatsvinden:

de zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

■ Plus 1

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

■ Plus 2

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

■ Plus 3

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Wordt de zorg onder Omschrijving punt 1 tot en met 4 verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2012 zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden:

1. u bent jonger dan 18 jaar:
 - u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. u bent 18 jaar en ouder:
 - u hebt recht op vergoeding, tot maximaal uw budget, van de kosten van de eerste twintig behandelingen als het om behandeling gaat van aandoeningen die een

langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist;

3. vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;
4. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het elfde uur. De eerste tien uur komen ten laste van de zorgverzekering;
5. u hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Hebt u last van rugklachten, maar kosten wekelijkse bezoeken aan de therapeut teveel tijd? Wij hebben een nieuwe dienst; Mijn Fysio Online. Mijn Fysio Online combineert face-to-face behandelingen bij uw fysiotherapeut met digitale behandelingen.

Spreekt u dit aan? Kijk op www.mijnfysioonline.nl voor meer informatie.

Artikel 11. Brillen en contactlenzen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticien of optiekbedrijf.

Er zijn speciale voordelen voor u. Kijk voor de actuele ledenvoordelen op onze website.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

maximaal € 100 per 3 kalenderjaren

■ Plus 3

maximaal € 150 per 3 kalenderjaren

Artikel 12. Anticonceptie-middelen

Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

■ Plus 3

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

BUITENLAND

Artikel 13. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;

- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van XE.com.

U kunt gebruik maken van de VGZ Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

■ Plus 1

volledig

■ Plus 2

volledig

■ Plus 3

volledig

Artikel 14. Repatriëring

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

VGZ Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

■ Plus 1

volledig

■ Plus 2

volledig

■ Plus 3

volledig

Bijzonderheden:

de VGZ Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:

- gezond leven;
- advies en begeleiding;
- vaccinaties.

In de onderstaande artikelen worden deze vormen van preventie beschreven.

Gezond leven

Artikel 15. Cursussen

Omschrijving:

- cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yoga-docent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een vereniging die erkend is door het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.oranjekruis.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'organisatie' vindt u een link 'onze leden'.

Artikel 16. Gezondheidstest

Omschrijving:

integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat alleen uit de volgende onderzoeken:

- meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage;
- vaststellen gewicht en BMI ('body mass index');
- bloed- en urineonderzoek;
- beperkte inspanningstest om uw conditie te bepalen.

Wij hebben met een aantal zorgaanbieders speciale aanvullende afspraken gemaakt. Hierdoor bent u verzekerd van goede zorg. Ga naar de zorggids op onze website voor onze voorkeursaanbieders.

Bijzonderheden:

1. u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO);
2. de kosten van (preventieve) scans worden niet vergoed.

Artikel 17. Gewichtconsulent

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

Advies en begeleiding

Artikel 18. Sport Medisch Advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Artikel 19. Incontinentiebegeleiding

Omschrijving:

leefadviezen en een medische conclusie voor vrouwen die last hebben van ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen.

De digitale vragenlijst vindt u op:

www.incontinentiezorgservice.nl.

Wordt u toch liever persoonlijk begeleid dan kunt u vervolgens gebruik maken van een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd. De kosten van deze persoonlijke begeleiding komen ten laste van de zorgverzekering. Deze vallen daardoor eventueel onder het verplicht en/ of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

Artikel 20. Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving:

voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen:

verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Vaccinaties

Artikel 21. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës of malaria.

Wie mag de zorg verlenen:

vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl). De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

■ Plus 1

maximaal € 200 per kalenderjaar

■ Plus 2

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ Plus 3

maximaal € 500 per kalenderjaar

GEBOORTEZORG

Geboortezorg betreft zorg rondom zwangerschap, bevalling kraamtijd.

Artikel 22. Verloskundige zorg

Omschrijving:

vergoeding van het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Als u poliklinisch in het ziekenhuis bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoedt de zorgverzekering niet alle kosten.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

geen vergoeding

■ Plus 3

volledig

Artikel 23. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving:

vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering aanspraak kunt maken.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

maximaal € 125

■ Plus 3

volledig

Artikel 24. Nazorg moeder en pasgeborene

Omschrijving:

ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10^e dag na de geboorte van het kind gegeven.

Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10^e dag na de geboorte ontslagen wordt. Het kraamzorgcentrum stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Wie mag de nazorg verlenen:

gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt, al of niet verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Een kraamzorghotel is een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.

Vergoeding:■ **Plus 1**

geen vergoeding

■ **Plus 2**

maximaal 6 uur verspreid over maximaal 2 dagen

■ **Plus 3**

maximaal 12 uur verspreid over maximaal 4 dagen

Artikel 25. Kraampakket

Omschrijving:

een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website of via VGZ Kraamzorg; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:■ **Plus 1**

geen vergoeding

■ **Plus 2**

volledig

■ **Plus 3**

volledig

Artikel 26. Elektrische borstkolf

Omschrijving:

uur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby.

Vergoeding:■ **Plus 1**

geen vergoeding

■ **Plus 2**

maximaal € 110 per bevalling

■ **Plus 3**

maximaal € 110 per bevalling

Artikel 27. Lactatiekundig consult

Omschrijving:

vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen:

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijsbrief van:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige. De verwijzing

vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:■ **Plus 1**

geen vergoeding

■ **Plus 2**

maximaal € 50 per bevalling

■ **Plus 3**

maximaal € 75 per bevalling

HUIDBEHANDELINGEN

een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 28. Acnebehandeling

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of schoonheidsspecialist die in het bezit is van het vakdiploma specialisatie Acne. Dit vakdiploma moet geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Artikel 29. Camouflagetherapie

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of schoonheidsspecialist die in het bezit is van het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Camouflage Dit (vak)diploma moet geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Artikel 30. Ontharen

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici of schoonheidsspecialist die in het bezit is van

het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Elektrisch Ontharen, of, bij toepassing van technieken van ontharen met behulp van licht, het vakdiploma Ontharingstechnieken. Deze (vak)diploma's moeten geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

■ **Plus 1**

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ **Plus 2**

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ **Plus 3**

maximaal € 700 per kalenderjaar

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

Artikel 31. Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Wij hebben met een aantal leveranciers aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij onze voorkeursleveranciers uw audiologische hulpmiddelen aan te schaffen, dan levert u dat optimaal voordeel op. U kunt de voorkeursleveranciers vinden op onze website.

Artikel 32. Mammaprothese

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak en schoonmaakmiddelen die worden gebruikt na een borstampuatie.

Artikel 33. Pruiken

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van de pruik.

Artikel 34. Steunpessarium

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt:

■ **Plus 1**

geen vergoeding

■ **Plus 2**

maximaal € 250 per kalenderjaar

■ **Plus 3**

maximaal € 500 per kalenderjaar

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 35. Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding:

■ **Plus 1**

geen vergoeding

■ **Plus 2**

maximaal € 600

■ **Plus 3**

maximaal € 600

Artikel 36. Buikwandcorrectie

Omschrijving:

correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aanneemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$).

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang.

Uw BMI is dan 85 gedeeld door $(1.75 \times 1.75) = 85$ gedeeld door $3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Op www.gezondvz.nl kunt u heel eenvoudig uw BMI berekenen.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

geen vergoeding

■ Plus 3

maximaal € 2.500

Bijzonderheden:

als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit de Plus 3 niet.

Artikel 37. Ooglidcorrectie

Omschrijving:

correctie van de binoogleden.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

verlamde of verslachte binoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als:

- de pupil enigszins wordt bedekt door de onderrand van het binooglid of de overhangende huidplooi als u ontspannen recht vooruit kijkt, of;
- er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het binooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- er aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het binooglid bestaat.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder indicatie, goed zichtbaar is.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

geen vergoeding

■ Plus 3

maximaal € 950

Artikel 38. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Implantatie van multifocale lenzen (bijvoorbeeld Restore) wordt niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen:

oogarts.

Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst. Ga op onze website naar [ledenvoordeel](#) voor meer informatie.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

geen vergoeding

■ Plus 3

maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

Artikel 39. Sterilisatie

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

Sterilisatie van de man: maximaal € 800

Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250

■ Plus 3

Sterilisatie van de man: maximaal € 800

Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 40. Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving:

vergoeding van zittingen aanvullend op de 5 zittingen uit de zorgverzekering.

Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, psychische aandoeningen/stoornissen. In de zorgverzekering geldt per zitting een eigen bijdrage van € 20. Voor een internetbehandeltraject hebt u vanuit de zorgverzekering een eigen bijdrage van € 50. De aanvullende verzekering vergoedt deze eigen bijdragen niet.

Wie mag de zorg verlenen:

gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts. Eerstelijnspsychologische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of orthopedagoog.

De A&G-psycholoog, de eerstelijnspsycholoog en de kinder- en jeugdpsycholoog moeten ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De arts moet zijn ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde (VVG).

De cognitief therapeut en de gedragstherapeut moeten als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

De ECP-therapeut moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP).

De orthopedagoog moet in het bezit zijn van het diploma orthopedagogiek van een in Nederland erkende universiteit en ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Ver-

eniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) met de registraties 'NVO Basis-Orthopedagoog' of 'NVO Basis-aantekening diagnostiek'.

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

De psycholoog moet naast het lidmaatschap van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) ook zijn ingeschreven in een van de volgende Registers van het NIP:

- Eerstelijnspsychologie NIP;
- Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP;
- Kinder- en Jeugdpsycholoog Specialist NIP;
- Lichaamsgericht Werkend Psycholoog NIP;
- Psycholoog Arbeid en Gezondheid NIP;
- Psycholoog Mediator NIP.

Een psycholoog die beschikt over het 'dienstmerk Psycholoog NIP' voldoet ook aan onze voorwaarden.

De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan geldt een lagere vergoeding per zitting.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

maximaal € 120 per kalenderjaar

■ Plus 3

maximaal € 360 per kalenderjaar

Wordt de zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan worden de kosten per zitting vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2012 zoals deze voor eerstelijnspsychologische zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

STOPPEN MET ROKEN

Artikel 41. Farmacotherapeutische ondersteuning bij stoppen met roken

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van (genees)middelen ter ondersteuning van de op gedragsverandering gerichte begeleiding bij stoppen met roken.

De volgende (genees)middelen worden vergoed:

Nicotinevervangende middelen:

- pleisters;
- sublinguale tabletten;
- zuigtabletten;
- kauwgom.

U kunt de (genees)middelen bestellen bij de Nationale Apotheek. U hebt dan met name voor de pleisters een financieel voordeel. Kijk op www.nationale-apotheek.nl

Geneesmiddelen:

Bupropion (Zyban)
Varenicline (Champix)

Wie mag de (genees)middelen leveren:

apothek, apothekhoudend huisarts, door ons gecontracteerde zorgaanbieders. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Recept (op voorschrift van):

arts

Vergoeding:

■ **Plus 1**

geen vergoeding

■ **Plus 2**

maximaal € 115 voor de hele looptijd van de verzekering

■ **Plus 3**

maximaal € 115 voor de hele looptijd van de verzekering

Bijzonderheden:

(genees)middelen worden alleen vergoed als de op gedragsverandering gerichte begeleiding van het stoppen met roken onder de aanspraken van de zorgverzekering valt.

VOETBEHANDELINGEN

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

Artikel 42. Voetverzorging voor de diabetes- of reumatische voet

Omschrijving:

voetbehandelingen voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) of pedicure met aantekening 'diabetesvoet' en/of 'reumatische voet', die is geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

Artikel 43. Podotherapie

Omschrijving:

behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nage-laandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).

Artikel 44. Steunzolen

Omschrijving:

inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Wie mag de zolen leveren:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt:

■ **Plus 1**

maximaal € 100 per kalenderjaar

■ **Plus 2**

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ **Plus 3**

maximaal € 500 per kalenderjaar

DIEETADVISERING

Artikel 45. Dieetadvisering

Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een diëtist met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling.

Waar moet de zorg plaatsvinden:

de zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding:**■ Plus 1**

geen vergoeding

■ Plus 2

geen vergoeding

■ Plus 3

maximaal € 250 per kalenderjaar

Wordt de zorg verleend door een diëtist met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan worden de kosten per behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2012 zoals deze voor dieetadviesing zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN**Artikel 46. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®****Omschrijving:**

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:**■ Plus 1**

maximaal € 800 per diagnose

■ Plus 2

maximaal € 800 per diagnose

■ Plus 3

maximaal € 1.000 per diagnose

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg:

Artikel 47. Mantelzorgmakelaar**Omschrijving:**

een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Welke mantelzorgmakelaars kunt u benaderen:

u kunt de door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaars benaderen. Een overzicht van de betreffende mantelzorgmakelaars is raadpleegbaar via onze website. U kunt het overzicht ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een mantelzorgmakelaar met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:**■ Plus 1**

maximaal € 250 per kalenderjaar

■ Plus 2

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ Plus 3

maximaal € 750 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

de diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw vader die ook bij ons is verzekerd. U of uw vader kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

Artikel 48. Vervangende mantelzorg**Omschrijving:**

tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

Wie mag de vervangende mantelzorg verlenen:

een door ons gecontracteerde organisatie. Een overzicht van de gecontracteerde organisaties is raadpleegbaar via onze

website. U kunt het overzicht ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een organisatie waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

■ **Plus 1**

maximaal 4 dagen per kalenderjaar

■ **Plus 2**

maximaal 9 dagen per kalenderjaar

■ **Plus 3**

maximaal 14 dagen per kalenderjaar

Let op

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorgers graag weg zouden willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

VERBLIJF

Artikel 49. Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorgers overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief van:

u hebt een verwijsbrief nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of "burn-out" (punt 3. van de omschrijving).

Vergoeding:

■ **Plus 1**

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar

■ **Plus 2**

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar

■ **Plus 3**

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Artikel 50. Hospice

Omschrijving:

verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding:

■ **Plus 1**

maximaal € 30 per dag

■ **Plus 2**

maximaal € 30 per dag

■ **Plus 3**

maximaal € 30 per dag

Artikel 51. Ronald McDonaldhuis/familiehuis

Omschrijving:

als uw kind(eren) of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaalhuis Ter Weijde.

Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, kunt u in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding:**■ Plus 1**

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Plus 2

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ Plus 3

maximaal € 600 per kalenderjaar

VERVOER

Artikel 52.1. Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een door ons gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een vervoerder met wie wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer.

U kunt dit formulier downloaden via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:**■ Plus 1**

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

■ Plus 2

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

■ Plus 3

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

Artikel 52.2. Taxivervoer

Omschrijving:

taxivervoer tussen uw woon- en verblijfplaats en uw werklocatie voor zover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto om medische redenen niet mogelijk is.

Wie mag het vervoer verzorgen:

een door ons gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Maakt u gebruik van een vervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten?

Dan vergoeden wij de kosten niet.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. De aanvraag moet vergezeld gaan van een verklaring van uw huisarts of bedrijfsarts waaruit blijkt dat openbaar vervoer of eigen vervoer niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit.

U kunt het aanvraagformulier woon-werk vervoer vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:**■ Plus 1**

maximaal € 350 per kalenderjaar

■ Plus 2

maximaal € 350 per kalenderjaar

■ Plus 3

maximaal € 350 per kalenderjaar

MONDZORG

Artikel 53. Gebitsprothesen

Omschrijving:

vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:**■ Plus 1**

geen vergoeding

■ Plus 2

volledig

■ Plus 3

volledig

Artikel 54. Kronen ten gevolge van een ongeval

Omschrijving:

kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval voor verzekerden tot 22 jaar. Op indicatie kan in plaats van een brug ook een kroon met implantaat voor vergoeding in aanmerking komen.

Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding:

■ Plus 1

geen vergoeding

■ Plus 2

volledig

■ Plus 3

volledig

III. Plus Tand 1, Plus Tand 2, Plus Tand 3

Artikel 55. Tandheelkundige Zorg

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

Plus Tand 1

80% tot maximaal € 250 per kalenderjaar

Plus Tand 2:

80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar

Plus Tand 3:

80% tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

1. niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (X631).
2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Per 1 januari 2012 stelt uw tandarts zelf zijn tarieven vast. Vraag daarom bij dure behandelingen, zoals bijvoorbeeld een kroon, vooraf een offerte aan, zodat u weet hoe hoog de kosten zullen zijn. Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens een omschrijving en codering die zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Artikel 56. Orthodontische zorg

56.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

Plus Tand 1

geen vergoeding

Plus Tand 2

maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de verzekering

Plus Tand 3

maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de verzekering

56.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist

Vergoeding:

Plus Tand 1

geen vergoeding

Plus Tand 2

maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

Plus Tand 3

maximaal € 1500 voor de hele looptijd van de verzekering

IV. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen VGZ en de ING met als doel natuurlijke personen (en hun gezin) met een ING-betaalrekening de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een Plus Basisverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering 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 voorwendselen.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Plus Basisverzekering: een tussen VGZ en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens VGZ voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door VGZ, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met VGZ de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09156723. VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. VGZ is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt VGZ aangeduid met "wij" en "ons".

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door VGZ gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

V. Trefwoordenregister

	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A	Acceptatie aanvullende verzekeringen	6.2	10
	Acnebehandeling	28	17
	Acupunctuur	9	12
	Algemene bepalingen	2	7
	Alternatieve zorg	9	12
	Anticonceptie, middelen, anticonceptiepil	12	14
	Antroposofie	9	12
	Apotheekhoudend huisarts	9, 12	12, 14
	Apotheker	9, 12	12, 14
	Audiologische hulpmiddelen	31	18
	Auto, vervoer met eigen	52.1	24
B	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	6	10
	Begripsomschrijvingen	Hfd. IV	27
	Bekkenfysiotherapeut	10	12
	Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	8	11
	Besnijdenis, medische	35	18
	Beweegzorg	10	12
	Brillen en contactlenzen	11	13
	Buikwandcorrectie	36	19
	Buitenland	13	14
	C	Camouflagetherapie	29
Cesar/Mensendieck, oefentherapie		10	12
Chiropractie		10	12
Circumcisie		35	18
Cognitief therapeut		40	20
Collectieve overeenkomst		3.2	9
Contactlenzen		11	13
Coöperatie		2.7	8
Craniosacraaltherapie		10	12
Cursussen		15	15
D	Dieetadvisering, diëtist	45	21
E	Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog	40	20
	Eigen bijdrage kraamzorg	23	16
	Elektrische borstkolf	26	17
	Epilatie, ontharen	30	17
	Ergotherapeut, ergotherapie	10	12
F	Familiehuis	51	23
	Fraude	2.4	7
	Fysiotherapeut	10	12
	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	10	12
G	Gebitsprothese	53, 55	24, 25
	Gedragstherapeut	40	20
	Geneesmiddelen, i.v.m. vakantie	21	16
	Geneesmiddelen, homeopathische, antroposofische	9	12
	Geschillen, klachten en geschillen	7	11
	Gewichtsconsulent	17	15
	Gezinsdekking	6.2.2	10
	Gezondheidstest	16	15
	Gezondheidszorgpsycholoog	40	20

	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
H	Haptotherapie	10	12
	Herstel en Balans, revalidatieprogramma	46	22
	Herstellingsoord, verblijf in	49	23
	Homeopathie	9	12
	Hospice	50	23
	Huidtherapeut	28, 29, 30	17
	Hulpmiddelen	31 t/m 34	18
	I	Implantaten	55
Incontinentiebegeleiding		19	15
Inlegzolen, steunzolen		44	21
Instelling		52.1.	24
K	Kaakchirurg, kaakchirurgie	55	26
	Kinderfysiotherapie, -therapeut	10	12
	Kinder- en jeugdpsycholoog	40	20
	Klachten en geschillen	7	11
	Kraampakket	25	17
	Kraamzorg, eigen bijdrage	23	16
	Kronen	54, 55	25, 26
L	Lactatiekundig consult, lactatiekundige	27	17
	Lensimplantaat, ooglaserbehandeling	38	19
	'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Plus Zorgverzekering 2012'	1.4.	5
M	Mammaprothese, artikelen	32	18
	Mantelzorg, mantelzorgmakelaar, vervangende	47, 48	22
	Manuele therapie, manueel therapeut	10	12
	Medisch specialistische zorg, medisch specialist	35, 36, 37, 38, 39	18 t/m 20
	Mensendieck, oefen therapie	10	12
	Mondhygiënist	55	26
	Mondzorg	53, 54, 55, 56	24 t/m 26
N	Natuurgeneeswijzen	9	12
O	Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	10	12
	Oefen therapie, oefentherapeut Cesar/Mensendieck	10	12
	Ontharen, epilatie	30	17
	Ooglaserbehandeling	38	19
	Ooglidcorrectie	37	19
	Oosterse geneeswijzen	9	12
	Orgaantransplantatie, vervoer i.v.m.	52.1.	24
	Orthodontische zorg	56	26
	Orthomanuele geneeskunde	10	12
	Orthopedagoog, orthopedagoog-Generalist	40	20
	Osteopathie	10	12
	Overige verplichtingen	4	9
	P	Premie	3
Preventie		15 t/m 21	15, 16
Prothetische voorzieningen		53, 55	24, 26
Pruiken		33	18
Psychosociale zorg		9	12

	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
R	Refractiechirurgie	38	19
	Repatriëring	14	14
	Ring, anticonceptie	12	14
	Ronald McDonaldhuis	51	23
S	Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	35 t/m 39	18 t/m 20
	Spiraaltje	12	14
	Spoedeisende zorg in het buitenland	13	14
	Sport medisch advies	18	15
	Sterilisatie	39	20
	Steunzolen	44	21
	Stoppen met roken, medicatie	41	20
T	Tandheelkundige zorg	55	26
	Tandprotheticus	55	26
	Taxivervoer	52	24
	Toestemming	1.8	6
	Transplantatie van organen, vervoer i.v.m.	52.1.	24
U	Uitsluitingen	1.10	6
V	Vaccinatie i.v.m. vakantie	21	16
	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	13	14
	Verloskundige zorg, verloskundige	22	16
	Verplichtingen, overige	4	9
	Vervangende mantelzorg	48	22
	Verwijzing, voorschrift of toestemming	1.8	6
	Verzekeringen, tandheelkundige	6.2.3.	10
Voetbehandelingen	42, 43	21	
W	Wachtnlijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijstbemiddeling	8	11
	Wijziging premie en voorwaarden	5	9
Z	Zolen, steunzolen	44	21
	Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	8	11
	Zorghotel, verblijf in	49	23

Plus Zorgverzekering. Met zorg samengesteld door 