



VERZEKERINGEN

## BasiCare Ziektekostenverzekering

### Algemene voorwaarden van verzekering Model 9908

<b>Inhoud</b>	2.33	overige ziekenvervoer
<b>Artikel 1</b> Begripsomschrijvingen	<b>C.</b>	<b>BasiCare Top pakket</b>
<b>Artikel 2</b> Omvang dekking	2.34	Alternatieve geneeswijzen Extra
<b>A.</b>	2.35	Rechtsbijstand bij medisch falen
<b>BasiCare pakket</b>	2.36	Adviezen aan verzekerden betrokken bij een ongeval
2.1 Opname in een ziekenhuis	2.37	Orthodontie
2.2 Thuisverpleging	2.38	Verbijfkosten herstellingsoorden
2.3 Dagverpleging in een ziekenhuis	2.39	Behandeling door huidtherapeut(e) of een schoonheidsspecialist(e)
2.4 Behandeling in een privé-kliniek	2.40	Steunzolen
2.5 Bemiddeling bij wachtlijstproblematiek	2.41	Invalidenwagen/rolstoel
2.6 Orgaantransplantatie	2.42	Mammaprothese
2.7 Revalidatie	2.43	Pruiken
2.8 Bevalling	2.44	Hoortoestellen
2.9 Niet-klinische specialistische behandeling	2.45	Brillenglazen en contactlenzen
2.10 Behandeling door de huisarts	2.46	Psoriasis
2.11 Farmaceutische hulp	2.47	Diëtist(e)
2.12 Ziekenvervoer	2.48	Farmaceutische hulp (boven GVS)
2.13 Hulpmiddelen	2.49	Fysiotherapie of oefentherapie
2.14 Nierdialyse ten huize van verzekerde		<b>Aanvullende verzekeringen</b>
2.15 Leukemie bij kinderen		<b>D.</b>
2.16 Pacemaker		<b>Klasseverzekering</b>
2.17 Tandheelkundige hulp		<b>E.</b>
2.18 Erfelijkheidsonderzoek		<b>Tandartsverzekering</b>
2.19 Chronisch intermitterende beademing	Artikel 3	Eigen risico
2.20 Sterilisatie en abortus	Artikel 4	Niet verzekerde kosten
2.21 Second opinion	Artikel 5	Uitkeringen
2.22 Fysiotherapie of oefentherapie	Artikel 6	Grondslag van de verzekering
2.23 Trombosedienst	Artikel 7	Strekking van de verzekering
2.24 Buitenland	Artikel 8	Verplichtingen van verzekeringnemer
2.25 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	Artikel 9	Meeverzekering gezinsleden
<b>B.</b>	Artikel 10	Wijzigingen
<b>BasiCare Plus pakket</b>	Artikel 11	Aanvang, duur en einde van de verzekering
2.26 Alternatieve geneeswijzen	Artikel 12	Bedenktijd
2.27 Orthodontie	Artikel 13	Premie
2.28 Preventieve hulp	Artikel 14	Wijziging van premie en/of voorwaarden
2.29 Logopedie	Artikel 15	Samenloop met andere verzekeringen
2.30 Stottertherapie	Artikel 16	Persoonsregistratie
2.31 Logeerhuis	Artikel 17	Toepasselijk recht en geschillenregeling
2.32 Audiologische hulp		

NVS

Zorgverzekeringen N.V.

Rokin 75

Postbus 940

1000 AX Amsterdam

Telefoon (020) 555 25 55

Fax (020) 625 23 30

## **Artikel 1**

### **BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN**

#### **Verzekeraar**

NVS Zorgverzekeringen N.V.

#### **Audiologische hulp**

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

#### **Arts**

Een in Nederland gevestigde en geregistreerde arts, die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen, niet zijnde de verzekeringnemer of een der verzekerden.

#### **Behandeling**

Geneeskundig(e) behandeling of onderzoek volgens de algemeen aanvaarde medische normen.

#### **Bijkomende kosten**

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling in een ziekenhuis (zoals de kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek) en die door het ziekenhuis op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) als neven-tarief in rekening mogen worden gebracht.

#### **Centrum voor erfelijkheidsonderzoek**

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

#### **Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

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

#### **Dagverpleging**

Korter dan 24 uur durende bedverpleging waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

#### **Farmaceutische hulp**

De volgende bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie.

- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

#### **Fysiotherapeut**

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

#### **Huisarts**

Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene huisartsenpraktijk uitoefent. (Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartshulp zowel ten huize van verzekerde als op het spreekuur van de arts.)

#### **Hulpmiddelen**

De middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

#### **Kaakchirurg**

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekte en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

#### **Kinderfysiotherapeut**

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en die tevens staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg.

#### **Klinische specialistische behandeling**

Een behandeling door een specialist tijdens verpleging.

#### **Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

#### **Logopedist**

Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

#### **Medisch adviseur**

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.



V E R Z E K E R I N G E N

### **Mondhygiënist**

Een in Nederland gevestigde mondhygiënist die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

### **Niet-klinische specialistische behandeling**

Een behandeling door een specialist, anders dan tijdens een verpleging.

### **Oefentherapeut Cesar/Mensendieck**

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/Mensendieck, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

### **Orthodontist**

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor orthodontisten.

### **Revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

### **Specialist**

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Register van Erkende Specialisten van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

### **Specialistische behandeling**

Behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

### **Tandarts**

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

### **Tandprotheticus**

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die als zodanig geregistreerd staat conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

### **Verloskundige**

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

### **Verpleegkundige**

Een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

### **Verpleegkosten**

De kosten van verpleging, die door een ziekenhuis in rekening worden gebracht.

### **Verpleging (opname)**

Een verblijf in het ziekenhuis van langer dan 24 uur waarvoor verpleegkosten worden berekend.

### **Verplichte verzekering**

Verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.

### **Verzekerde**

De op het polisblad als verzekerde vermelde personen, indien en zolang zij zijn:

- de verzekeringnemer;
- degene met wie de verzekeringnemer gehuwd is of buiten echt duurzaam samenwoont en een gemeenschappelijke huishouding voert, waarbij de beoordeling terzake is voorbehouden aan verzekeraar;
- ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiefkinderen tot en met 26 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering of op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 1990.

### **Verzekeringnemer**

Degene, die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

### **Ziekenhuis**

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos.

### **Ziekenverzorgende**

Een in Nederland gevestigde ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

### **Ziektegeval**

Elke ononderbroken behoefte aan behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of hetzelfde ongeval.

### **Zorgverzekeraars Nederland**

Zorgverzekeraars Nederland (de representatieve organisatie van de Nederlandse zorgverzekeraars).

## Artikel 2

### Omvang dekking

#### A. BasiCare pakket

##### 2.1 Opname in een ziekenhuis

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging in de 3e klasse;
- voor de kosten van specialistische behandeling en de bijkomende kosten tijdens de opname;
- voor de verpleegkosten van een gezonde baby die vanwege de verpleging van de moeder in het ziekenhuis moet verblijven, zolang de baby de leeftijd van 3 maanden nog niet heeft bereikt en
- mits zowel moeder als baby op de polis zijn meeverzekerd.

Vindt verpleging plaats in een hogere klasse dan de verzekerde klasse dan wordt niet meer vergoed dan bij verpleging in de verzekerde klasse.

##### 2.2 Thuisverpleging

Vergoeding wordt verleend:

- voor thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van verzekerde ter vervanging of bekorting van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis;
- voor maximaal 8 uur per etmaal;
- gedurende een ononderbroken periode van maximaal 13 weken;
- na toestemming VOORAF door verzekeraar, waarbij deze ten aanzien van duur, inhoud en uitvoerende instantie nadere voorwaarden kan stellen.

Voor overleg omtrent ziekenhuisvervangende zorg is verzekeraar 24 uur per dag bereikbaar via de Zorgbemiddelingslijn (0900-3212105).

Huishoudelijke hulp komt in geen geval voor vergoeding in aanmerking.

##### 2.3 Dagverpleging in een ziekenhuis

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek (M10 tarief);
- voor de bijkomende kosten;
- voor het honorarium van de specialist.

##### 2.4 Behandeling in een privé-kliniek

Vergoeding wordt verleend:

- voor behandeling in een privé-kliniek in Nederland;
- mits het gaat om een verzekerde behandeling;
- uitsluitend indien tijdig VOORAF bij verzekeraar aangevraagd, onder overlegging van de medische motivering door de behandelend arts en vergezeld van een kostenopgave door de kliniek, en nadat verzekeraar schriftelijk toestemming heeft verleend, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

##### 2.5 Bemiddeling bij wachtlijstproblematiek

Als een medisch noodzakelijke behandeling op grond van een bestaande wachtlijst niet binnen redelijke termijn kan plaatsvinden, dan zal verzekeraar op verzoek van verzekerde onderzoeken of eerdere behandeling mogelijk is.

##### 2.6 Orgaantransplantatie

###### 2.6.1 Ontvanger

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging en behandeling wegens huid-, hoornvlies-, beenmerg-, bot-, nier-, hart, hart-long en levertransplantaties;
- voor de kosten van weefseltyperingen in verband met transplantatie gedeclareerd door Eurotransplant;
- na toestemming VOORAF door verzekeraar.

###### 2.6.2 Donor

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging, specialistische behandeling en bijkomende kosten in maximaal de voor verzekerde geldende ziekenhuisklasse;
- voor de kosten van behandeling of verpleging van de donor gedurende maximaal drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen;
- mits die behandeling verband houdt met die selectie of verwijdering;
- ongeacht of de donor bij verzekeraar is verzekerd.

##### 2.7 Revalidatie

###### 2.7.1 Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van revalidatie, als deze hulp voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat, en
- verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
- mits tijdig VOORAF schriftelijke toestemming is gevraagd aan verzekeraar, en
- daarbij een behandelplan is overgelegd dat tenminste moet bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling;
- en op basis daarvan de schriftelijke toestemming van verzekeraar is verkregen.

###### 2.7.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, komen alleen voor vergoeding in aanmerking als daarmee betere resultaten zijn te verwachten dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).



VERZEKERINGEN

- een maand in overige gevallen.

## 2.8 Bevalling

### 2.8.1 Bevalling in een ziekenhuis bij medische noodzaak

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging, specialistische behandeling en bijkomende kosten overeenkomstig artikel 2.1.

### 2.8.2 Bevalling in polikliniek bij medische noodzaak

Vergoeding wordt verleend:

- voor het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door specialist, huisarts of verloskundige;
- voor de kosten van gebruik verloskamer.

## 2.9 Niet-klinische specialistische behandeling

Vergoeding wordt verleend:

- voor het honorarium van de specialist voor behandeling op advies van huisarts of tandarts, niet gepaard gaande met opname;
- voor de bijkomende kosten;
- voor de kosten van laboratoriumonderzoek, ook op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- mits een schriftelijke verwijzing van huisarts of tandarts wordt overgelegd. Doorverwijzing is niet nodig voor hulp verleend direct na een ongeval of voor behandeling door een oogarts.

## 2.10 Behandeling door de huisarts

Vergoeding wordt verleend:

- voor huisartsconsulten en -visites;
- voor de kosten van laboratorium- en röntgenonderzoek vericht door een huisarts;
- voor kleine chirurgische ingrepen.

## 2.11 Farmaceutische hulp

### 2.11.1 Geneesmiddelen

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de regeling Farmaceutische Hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;
- voor een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift;
- mits afgeleverd op voorschrift van arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheehoudend huisarts.

De regeling Farmaceutische Hulp maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- vijftien dagen, als het een voor verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- een half jaar als het orale anti-conceptiva betreft;
- drie maanden als het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlust remmende geneesmiddelen;
- vijftien dagen als het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met anti-biotica of chemotherapeutica betreft;

### 2.11.2 Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde GVS van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld.

Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij de regeling Farmaceutische Hulp anders bepaalt. Is er wel een vergoedingslimiet vastgesteld en is de prijs van het geneesmiddel hoger dan de vergoedingslimiet dan komt het meerdere niet voor vergoeding in aanmerking.

### 2.11.3 Dieetpreparaten

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van dieetpreparaten overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals door Zorgverzekeraars Nederland vastgesteld;
- als er sprake is van een ernstige slikstoornis, ernstige pas-sagestoornis, ernstige resorptiestoornis, ernstige voedselallergie of ernstige stofwisselingsstoornis.

### 2.11.4 Verbandmiddelen

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verbandmiddelen;
- mits er sprake is van een ernstige aandoening;
- waarbij langdurige behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

## 2.12 Ziekenvervoer

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van ziekenvervoer per niet-openbaar vervoermiddel;
- bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis bij verpleging van langer dan 24 uur;
- bij revalidatie dagbehandeling;
- mits het gaat om een verzekerde behandeling, en
- mits door middel van een verklaring van de behandelend specialist wordt aangetoond dat het vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer medisch niet verantwoord was;
- bij vervoer per particulier vervoermiddel (auto) bedraagt de vergoeding voor medisch noodzakelijk vervoer f. 0,45 per gereden kilometer.

## 2.13 Hulpmiddelen

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering);
- mits voorgeschreven door de behandelend arts;
- met inachtneming van de maximum bedragen genoemd in de Regeling Hulpmiddelen zoals door Zorgverzekeraars Nederland vastgesteld;
- mits de betreffende te verstrekken hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn;
- na toestemming VOORAF door verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld, waaronder voorwaarden met betrekking tot welke leverancier de hulpmiddelen levert;

- kosten van normaal gebruik komen - tenzij in de Regeling Hulpmiddelen anders is bepaald - niet voor vergoeding in aanmerking.

## 2.14 Nierdialyse ten huize van verzekerde

Vergoeding wordt verleend:

- voor bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;
- na toestemming VOORAF door verzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

## 2.15 Leukemie bij kinderen

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

## 2.16 Pacemaker

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van plaatsing of vernieuwing van de pacemaker.

## 2.17 Tandheelkundige hulp

### 2.17.1 Tandheelkundige hulp door tandarts

Vergoeding wordt verleend:

- voor 80% van de kosten van tandheelkundige hulp conform het UPT-tarief verleend door een tandarts;
- tot maximaal f. 1.000,- per kalenderjaar;
- voor verzekerden tot en met 26 jaar.

### 2.17.2 Kaakchirurgische behandeling

Vergoeding wordt verleend:

- voor het honorarium van een kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard die niet gepaard gaat met opname;
- voor de bijkomende kosten;
- mits op verwijzing van huisarts of tandarts.

Geen vergoeding wordt verleend voor parodontologische behandelingen, orthodontische hulp, kaakimplantaten en kosten van behandelingen die betrekking hebben op kaakimplantaten, tenzij en voorzover hieronder iets anders is vermeld.

### 2.17.3 Orthodontie

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist;
- tot maximaal f. 1.500,- per verzekerde tot 21 jaar, tenzij er sprake is van een kaakorthopedische afwijking als omschreven in artikel 2.17.4 sub d, dan vindt er volledige vergoeding plaats.

### 2.17.4 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin de lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kaakstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- een lip-, of kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, of gnatoo- of palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo- faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat alleen als:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, en
- verzekeraar op daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandlingsplan, VOORAF toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend:

- als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- als voorgestelde behandeling niet noodzakelijkerwijs in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum (volgens bij verzekeraar aanwezige lijst van centra) dient plaats te vinden.

Het recht op vergoeding beperkt zich tot die tandheelkundige behandelingen die noodzakelijk worden geacht om de afwijking te compenseren en die betrekking hebben op het gedeelte van het kaakstelsel waar de afwijking zich manifesteert.

### 2.17.5 Jeugdtandregeling voor gehandicapten

Vergoeding wordt verleend:

- voor 75% van het goedgekeurde tarief per behandelingsuur bij behandeling door tandarts of mondhygiënist(e) of dienst voor jeugdtandverzorging, wanneer door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur van de behandeling noodzakelijk is;
- mits het personen betreft met een lichamelijke en/of geestelijke handicap, die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekking en krachtens de AWBZ.

De vergoeding wordt verleend aan meeverzekerde kinderen tot en met 31 december van het jaar waarin zij 21 jaar worden.

**2.17.6** Voor andere dan de in dit artikel genoemde tandheelkundige en kaakchirurgische behandelingen bestaat geen recht op vergoeding.



V E R Z E K E R I N G E N

## 2.18 Erfelijkheidsonderzoek

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- mits uitgevoerd in een erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek;
- na verwijzing door huisarts of specialist.

Als dit noodzakelijk is voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten voor andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen ziektekostenverzekeraar van de onderzochte andere personen.

## 2.19 Chronisch intermitterende beademing

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten die verband houden met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum;
- voor de kosten in verband met de door dat beademingscentrum ter beschikking gestelde gebruiksklare apparatuur ten huize van verzekerde.

## 2.20 Sterilisatie en abortus

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van sterilisatie en abortus mits de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis en wordt verricht door een specialist;
- voor de kosten van sterilisatie bij de man tot maximaal het bedrag dat voor een poliklinische behandeling verschuldigd zou zijn.

## 2.21 Second opinion

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist wanneer de behandelend specialist een ingrijpende behandeling heeft voorgesteld. Verzekerde dient in zo'n geval via de Zorgbemiddelingslijn (0900-3212105) contact op te nemen met de verzekeraar. Deze kan verzekerde dan behulpzaam zijn bij het vinden van een andere specialist.

## 2.22 Fysiotherapie of oefentherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van maximaal 9 medisch noodzakelijke behandelingen door een fysiotherapeut of manueel therapeut die als fysiotherapeut staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- voor de kosten van maximaal 9 behandelingen kinderfysiotherapie verleend aan verzekerden tot 18 jaar door een kinderfysiotherapeut;
- mits op voorschrift van huisarts of specialist.

## 2.23 Trombosedienst

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist of huisarts.

## 2.24 Buitenland

### 2.24.1 Medische kosten

Vergoeding wordt verleend:

- voor de verzekerde kosten wegens geneeskundige behandeling en ziekenvervoer tijdens tijdelijk verblijf (d.w.z. een verblijf van maximaal 6 maanden) buiten Nederland maar binnen Europa. Deze dekking geldt ook bij tijdelijk verblijf in de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee (hieronder worden ook verstaan de Canarische Eilanden, de Azoren en Madeira);
- voor de verzekerde kosten wegens geneeskundige behandeling en ziekenvervoer tijdens tijdelijk verblijf buiten Europa - exclusief de niet-Europese landen grenzend aan de Middellandse Zee - tot maximaal 200% van de bedragen die voor overeenkomstige behandelingen in Nederland verschuldigd zouden zijn;
- voor de kosten van verpleging en behandeling in een ter plaatse erkend ziekenhuis aanvangend binnen het tijdelijk verblijf tot maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- mits behandeling of verpleging ter plaatse spoedeisend en medisch noodzakelijk is;
- tenzij de kosten verband houden met een verpleging of behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde(n) van het verblijf in het buitenland;
- de maxima en eigen risico's die in Nederland gelden blijven in alle gevallen van toepassing.

De in het buitenland gemaakte kosten worden in Nederland en in Nederlands wettig betaalmiddel vergoed tegen de gemiddelde omrekeningskoers op de dag waarop de nota werd uitgeschreven.

**Doet zich tijdens tijdelijk verblijf in de Verenigde Staten (USA) of Canada de noodzaak van poliklinische behandeling of opname in een ziekenhuis voor dan moet verzekerde direct contact opnemen met de ANWB Alarmcentrale.**

### 2.24.2 Hulpverlening bij tijdelijk verblijf in het buitenland

De hulpverlening omvat:

- garantstelling
  - het zonodig verstrekken van een garantie met betrekking tot de kosten van verpleging bij ziekenhuisopname;
- toezending van geneesmiddelen
  - toezending van de noodzakelijke geneesmiddelen;
  - voorzover toegestaan op grond van douane bepalingen, en
  - voor zover ter plaatse geen redelijke alternatieven verkrijgbaar zijn;
- repatriëring

#### 1. na ongeval of bij ziekte

- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar de woonplaats.

#### 2. bij overlijden

- verzorging van de noodzakelijke formaliteiten ter plaatse;
- vervoer van het stoffelijk overschot naar de woonplaats van de overledene.

### 3. bij begrafenis/crematie ter plaatse

- vergoeding van de kosten van de begrafenis/crematie en tevens vergoeding van gemaakte reiskosten ter bijwoning van de begrafenis/crematie vanuit de woonplaats en terug door echtgeno(o)t(e)/partner en familieleden in de eerste en tweede graad, indien zij niet behoorden tot het reisgezelschap van de overledene;
- vergoeding voor begrafenis-, crematiekosten en reiskosten tezamen vindt plaats tot maximaal het bedrag dat nodig zou zijn voor vervoer van het stoffelijk overschot naar de woonplaats, maar in ieder geval niet meer dan f. 15.000,-.

#### d. begeleiding

##### 1. medische begeleiding

- vergoeding van de kosten van noodzakelijke medische begeleiding bij repatriëring naar de woonplaats na een ongeval of bij ziekte.

##### 2. niet-medische begeleiding

- vergoeding van de gemaakte extra reis- en verblijfkosten van één begeleider, te weten een van het reisgezelschap deel uitmakende medeverzekerde of daarvan deel uitmakende niet meeverzekerde echtgeno(o)t(e)/partner, bij repatriëring naar de woonplaats na een ongeval, bij ziekte of na overlijden.

#### e. Goedkeuring verzekeraar

- kosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze gemaakt zijn in overleg met en na goedkeuring VOORAF door verzekeraar.

#### f. Reisverzekering

Een reisverzekering is, mede gezien de vele andere risico's bij reizen naar en verblijf in het buitenland, zeker aan te bevelen.

## 2.25 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Verzekeraar is uitvoeringsorgaan van de AWBZ

### Verstrekkings

Via verzekeraar als uitvoeringsorgaan AWBZ bestaat - met inachtneming van de bepalingen van de AWBZ - aanspraak op de volgende verstrekkingen:

1.

- hulpverlening door een vrijgevestigde psychiater op verwijzing van de huisarts;
- maakt psychotherapie deel uit van de behandelingen dan worden maximaal 90 zittingen vergoed.
- Toestemming: voor psychotherapie is toestemming VOORAF door de verzekeraar vereist.
- Eigen bijdrage: de voor eigen rekening blijvende eigen bijdrage bij psychotherapie bedraagt maximaal f. 900,- per gezin of per verzekerde per jaar.

2.

- Opname in psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis:
- Eigen bijdrage: vanaf de 365e dag is eigen bijdrage conform AWBZ verschuldigd.

3.

- Psychiatrische deeltijdbehandeling of poliklinische psychiatrische hulp:
- uitsluitend na verwijzing door huisarts en na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis.
- Eigen bijdrage: - bij deeltijdbehandelingen: geen;
- bij psychotherapie: als onder 1.

### 4. Recht op verstrekking:

- recht op verstrekking bestaat uitsluitend voor zover de verstrekte hulp is verleend:
- door personen of instellingen met wie verzekeraar als uitvoeringsorgaan AWBZ overeenkomsten in de zin van de wet heeft gesloten;
- na toestemming VOORAF door verzekeraar.

### 5. Polisdekking:

- Voor verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop verzekeren op grond van die wet geen recht hebben kunnen verzekerden evenmin recht op vergoeding ontlenen aan deze polis.

## B.BasiCare plus pakket

Dit pakket kan alleen verzekerd worden in combinatie met het BasiCare pakket.

Staat op het polisblad dat het BasiCare Plus pakket is verzekerd dan houdt dit automatisch in dat tevens het Basicare pakket is meeverzekerd.

## 2.26 Alternatieve geneeswijzen

### 2.26.1 Consulten en geneesmiddelen

Vergoeding wordt verleend:

- voor het in rekening gebrachte honorarium terzake van behandeling door een arts-homeopaat, arts-antroposoof, arts-fleboloog, arts-proktoloog, arts voor natuurgeneeswijzen, arts-enzymtherapeut en arts-Moermantherapeut tot maximaal het enkelvoudig huisartsconsulttarief;
- voor 80% van de kosten van homeopathische geneesmiddelen mits voorgeschreven door een arts en betrokken uit een in Nederland gevestigde apotheek of van een apotheekhoudende huisarts;
- tot maximaal f. 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor honorarium en homeopathische geneesmiddelen tezamen.

Onder een homeopathisch geneesmiddel wordt verstaan een farmaceutisch product dat is bereid voor homeopathische verdunning of verwijving en waarin geen bestanddelen, niet zijnde hulpstoffen, aanwezig zijn die niet door homeopathische verdunning of verwijving zijn bereid.

Onder een homeopathisch product wordt tevens verstaan een farmaceutisch product dat is bereid volgens de antroposofische receptuur, voor zover de bereidingswijze de algemene methodiek is, die gangbaar is bij de bereiding van een homeopathisch farmaceutisch product.

Uitsluitend homeopathische geneesmiddelen die op voorschrift van de (huis)arts, een specialist of tandarts-specialist door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts worden geleverd. komen voor vergoeding in aanmerking.

### 2.26.2 Chiropractor

Vergoeding wordt verleend:

- voor het in rekening gebrachte honorarium terzake van behandeling door een chiropractor die lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie of gegradueerd is als Doctor of Chiropractic;
- voor maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;





- per behandeling tot maximaal het enkelvoudig huisartsconsulttarief.
- V E R Z E K E R I N G E N**
- voor de verblijf- en behandelkosten volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam, eenmalig en tot maximaal f. 2.000,- per verzekerde.

### 2.26.3 Manuele geneeskunde

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
- tot maximaal f. 75,- per behandeling;
- mits verricht door een in Nederland gevestigde arts, tandarts of therapeut aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG), bij de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVTM) of bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

### 2.27 Orthodontie

In plaats van de vergoeding als vermeld in artikel 2.17.3 wordt vergoeding verleend:

- voor de kosten van gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist;
- tot maximaal f. 2.750,- per verzekerde tot 21 jaar, tenzij er sprake is van een kaakorthopedische afwijking als omschreven in artikel 2.17.4 sub d, dan vindt er volledige vergoeding plaats.

### 2.28 Preventieve hulp

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van inenting van pasgeborenen tegen Hepatitis B als de moeder draagster is van het virus;
- voor de kosten van mammografie (maximaal 1 x per 24 maanden) tenzij dit plaatsvindt in het kader van bevolkingsonderzoek;
- voor de kosten van baarmoederhalsonderzoek (uitstrijkje) tenzij dit plaatsvindt in het kader van bevolkingsonderzoek;
- voor de kosten van onderzoek van hart- en bloedvaten tot in totaal maximaal f. 250,- en maximaal 1 x per 24 maanden;
- voor de kosten van door de huisarts uitgevoerd prostaatonderzoek bij mannen van 46 jaar en ouder, maximaal 1 x per 24 maanden, tenzij dit plaatsvindt in het kader van bevolkingsonderzoek;
- de kosten van advies bij sportblessures door geregistreerde sportartsen bij de tak Sportgeneeskunde van de Landelijke Vereniging van Sociale Geneeskunde (LVSG), of door een Sport Medisch Adviescentrum, maximaal 2 x per 12 maanden en tot maximaal het enkelvoudige huisartsconsulttarief.

### 2.29 Logopedie

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling door de logopedist als bedoeld in het Logopedistenbesluit;
- mits op voorschrift van huisarts of specialist.

Onder logopedie wordt ook verstaan foniatrye.

Onder logopedie wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

### 2.30 Stottertherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van behandeling;
- voorzover de therapie wordt toegepast door een logopedist;
- voor de verblijfkosten in het instituut waar volgens de Doetinchemse methode stottertherapie wordt gegeven, eenmalig en tot maximaal f. 750,- per verzekerde;

### 2.31 Logeerhuis

Vergoeding wordt verleend:

- voor de verschuldigde eigen bijdrage bij verblijf van de ouders in een logeerhuis verbonden aan het ziekenhuis tot f. 25,- per kamer per nacht bij opname van een meeverzekerd kind;
- voor de verblijfkosten van de patiënt in het Prinses Margriethuis van de Nederlandse Lever en Darmstichting á f. 72,- per dag voor een maximum van 28 dagen per of na een levertransplantatie;
- voor kosten van overnachting van de ouders, tot maximaal f. 55,- per kamer per nacht, als zij in verband met een levertransplantatie van hun kind ook bij het ziekenhuis moeten overnachten;
- voor de vrijwillige bijdrage voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of het Kiwanishuis indien één van de kinderen wegens ernstige ziekte is opgenomen in het aangrenzend ziekenhuis. De vergoeding bedraagt f. 25,- per dag met een maximum van f. 500,- per kalenderjaar.

### 2.32 Audiologische hulp

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van audiologische hulp door een daartoe door de overheid toegelaten centrum;
- mits op voorschrift van huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

### 2.33 Overig ziekenvervoer

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van ziekenvervoer per niet-openbaar vervoermiddel, maximaal 100 km heen en 100 km terug;
- bij dagverpleging;
- bij niet-klinische specialistische behandeling;
- mits het gaat om een verzekerde behandeling, en
- mits door middel van een verklaring van de behandelend specialist wordt aangetoond dat het vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer medisch niet verantwoord was;
- bij vervoer per particulier vervoermiddel (auto) bedraagt de vergoeding voor medisch noodzakelijk vervoer f. 0,45 per gereden kilometer, maximaal 100 km heen en 100 km terug.

Geen vergoeding wordt verleend wanneer het een bezoek aan de huisarts betreft.

### C. BasiCare top pakket

Dit pakket kan alleen verzekerd worden in combinatie met het BasiCare en het BasiCare Pluspakket.

Staat op het polisblad dat het BasiCare Top pakket is verzekerd dan houdt dit automatisch in dat tevens het BasiCare pakket en het BasiCare Plus pakket zijn meeverzekerd.

### 2.34 Alternatieve geneeswijzen Extra

Vergoeding wordt verleend:

- voor een extra aanvulling met een maximum van f. 250,- op de vergoeding van consulten en medicijnen volgens artikel 2.2.6.1 van het BasiCare Plus Pakket;
- voor het honorarium voor acupunctuurbehandeling door een acupuncturist aangesloten bij de Nederlandse Artsenacupuncturisten Vereniging (NAAV) of bij de Neder-

landse Acupunctuur Vereniging voor Tandartsen of bij de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) tot maximaal 20 behandelingen per 12 maanden en tot maximaal f. 60,- per behandeling.

### **2.35 Rechtsbijstand bij medisch falen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van rechtsbijstand binnen Europa door een advocaat of andere deskundige van zijn keuze bij verhaal door verzekerde van de door hem geleden schade;
- tot maximaal f. 10.000,- per schadegeval;
- mits het gevolg van een verrichting tijdens een behandeling waarvan de kosten door verzekeraar zijn of worden vergoed;
- mits vaststaat dat sprake is van een medische kunstfout;
- mits binnen 12 maanden nadat de schadetoebrengende verrichting plaatsvond aan verzekeraar is gemeld;
- mits verzekerde geen aanspraak op rechtsbijstand of vergoeding uit hoofde van een andere verzekering of overeenkomst kan maken.

### **2.36 Adviezen aan verzekerden betrokken bij een ongeval**

- Is verzekerde slachtoffer geworden van een ongeval of heeft verzekerde letsel opgelopen door toedoen van een derde
- dan verstrekt verzekeraar op verzoek informatie over de mogelijkheden tot het door verzekerde verhalen van zijn persoonlijke schade op een aansprakelijke derde.

### **2.37 Orthodontie**

In plaats van de vergoeding als vermeld in artikel 2.27 wordt vergoeding verleend:

- voor de kosten van gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist;
- tot maximaal f. 4.000,- per verzekerde tot 21 jaar, tenzij er sprake is van kaakorthopedische afwijking als omschreven in artikel 2.17.4 sub d, dan vindt er volledige vergoeding plaats.

### **2.38 Verblijfkosten herstellingsoorden**

Een tegemoetkoming wordt verstrekt:

- in de verschuldigde eigen bijdrage bij verblijf in een herstellingsoord behorend bij een psychiatrisch ziekenhuis van ten hoogste f. 25,- per dag, gedurende ten hoogste 42 dagen per 36 maanden;
- in de verschuldigde eigen bijdrage bij verblijf in een niet tot een psychiatrisch ziekenhuis behorend herstellingsoord van ten hoogste f. 50,- per dag, gedurende ten hoogste 42 dagen per 36 maanden;
- in beide gevallen indien verzekeraar VOORAF op een daartoe door de arts schriftelijk ingediende aanvraag toestemming heeft verleend.

### **2.39 Behandeling door huidtherapeut(e) of schoonheidsspecialist(e)**

#### **2.39.1 Acnébehandeling OF camouflagetherapie**

Vergoeding wordt verleend:

- voor 75% van de kosten voor acnébehandeling OF voor camouflagetherapie met een maximum van 4 behandelingen per verzekerde per 12 maanden

### **2.39.2 Elektrisch epileren**

Vergoeding wordt verleend:

- voor 60% van de kosten van elektrisch epileren van het gezicht met een maximum van f. 1.000,- per vrouwelijke verzekerde per 12 maanden;
- mits er sprake is van overmatige beharing.

### **2.40 Steunzolen**

Vergoeding wordt verleend:

- voor 50% van de aanschafkosten - maximaal eenmaal per 24 maanden - van één paar steunzolen per verzekerde;
- mits op voorschrift van huisarts of specialist, en
- mits geleverd door een orthopedische schoenmaker of schoenspecialzaak.

### **2.41 Invalidenwagen/rolstoel**

Een tegemoetkoming wordt verleend:

- eenmalig;
- van ten hoogste f. 1.000,- per verzekerde in de kosten van aanschaf van een invalidenwagen/rolstoel op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten.

### **2.42 Mammaprothese**

Een tegemoetkoming wordt verleend:

- in de bij de aanschaf conform de Regeling Hulpmiddelen nog voor eigen rekening blijvende kosten;
- van maximaal f. 25,- per vloeistofhoudende prothese en van maximaal f. 70,- per niet-vloeistofhoudende prothese.

Deze bedragen zijn inclusief de daarbij benodigde verbandmiddelen.

### **2.43 Pruiken**

Een tegemoetkoming wordt verleend:

- in de bij aanschaf conform de Regeling Hulpmiddelen nog voor eigen rekening blijvende kosten;
- van maximaal f. 300,-.

### **2.44 Hoortoestellen**

Een tegemoetkoming wordt verleend:

- eenmaal per 96 maanden;
- in de bij aanschaf conform de Regeling Hulpmiddelen nog voor eigen rekening blijvende kosten;
- van maximaal f. 1.500,-;
- na toestemming VOORAF van verzekeraar waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

### **2.45 Brillenglazen en contactlenzen**

Een tegemoetkoming wordt verleend:

- in de kosten van brillenglazen (dus niet voor brilmonturen) en contactlenzen;
- tot maximaal f. 150,- per verzekerde per 24 maanden;
- mits het visuscorrigerende glazen/lenzen betreft.

### **2.46 Psoriasis**

Een tegemoetkoming wordt verleend:

- in de medisch noodzakelijke behandelingskosten van psoriasis in een binnen Nederland gelegen centrum voor psoriasisdagbehandelingen;
- tot maximaal f. 1.000,- per verzekerde per 24 maanden.



## VERZEKERINGEN

### 2.47 Diëtist(e)

Een tegemoetkoming wordt verleend:

- in de kosten van voedingsadviezen verstrekt door een diëtist(e);
- tot maximaal f. 250,- per verzekerde per 12 maanden;
- na verwijzing door huisarts of specialist.

### 2.48 Farmaceutische hulp (boven GVS)

Vergoeding wordt verleend:

- voor de voor eigen rekening blijvende meerkosten boven de limietprijs voor de met inachtneming van het GVS-systeem verstrekte farmaceutische hulp.

### 2.49 Fysiotherapie of oefentherapie

Vergoeding wordt verleend:

- voor 75% van de kosten van de 10e en verdere medisch noodzakelijke behandeling door een fysiotherapeut of manueel therapeut die als fysiotherapeut staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg of - voor verzekerden tot 18 jaar - kinderysiotherapeut;
- na schriftelijke verwijzing door huisarts of specialist.

## AANVULLENDE VERZEKERINGEN

van toepassing indien meeverzekerd.

### D. KLASSEVERZEKERING

#### 2.50 Vergoeding wordt verleend:

- voor de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse (2B of 2A) bij opname in een ziekenhuis.

Geldt de verzekering voor klasse 2B of 2A en vindt de verpleging plaats in klasse 2 van een ziekenhuis dat voor de tweede klasse verpleging geen verschillende tarieven kent, dan wordt de verpleging in klasse 2 vergoed.

Deze klassedekkingsmogelijkheid staat uitsluitend open voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

### E. Tandartsverzekering

#### 2.51 Vergoeding wordt verleend:

- voor 80% van de kosten voor tandheelkundige hulp conform het UPT-tarief;
- tot maximaal F. 1000,- per kalenderjaar;
- voor verzekerden van 27 jaar en ouder.

Onder tandheelkundige hulp wordt ook verstaan:

- de kosten van een tandprotheticus, alsmede de kosten van parodontologie en mondhygiëne;
- de kosten van kronen, bruggen, inlays, mits een wachttijd van een jaar na ingangsdatum van deze extra verzekering is verstrekt. Deze wachttijd geldt niet voor verzekerden die met ingang van de dag waarop zij 27 jaar worden deze extra verzekering hebben afgesloten.

De kosten die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder deze tandartsverzekering. Zie hiervoor het BasicCare Plus en Basicare Top Pakket.

### Artikel 3

#### Eigen risico

1. Ten opzichte van de verzekerde kosten geldt het op het polisblad genoemde eigen risico per polis per kalenderjaar. Het overeengekomen eigen risico per kalenderjaar per polis wordt gesteld op 50% voor verzekeringen waarop slechts een verzekerde is ingeschreven.
2. Is voor de verzekerde kosten een maximum vergoeding vermeld dan blijft dit maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico als voor eventuele uitkering daarna onverminderd van toepassing.
3. Bij aanvang van de verzekering in de loop van een kalenderjaar wordt voor elke vóór de aanvangsdatum verstreken maand evenredige vermindering van het eigen risico bedrag toegepast. Bij schorsing of bij tussentijdse beëindiging geschiedt dit niet.
4. Voor de toepassing van het eigen risico zijn bepalend de data waarop de behandelingen hebben plaats gevonden.
5. Het eigen risico is niet van toepassing op kosten tijdens opname in een ziekenhuis, op kosten van ziekenvervoer, aanvullende thuisverpleging en op het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen.
6. Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van het jaar volgend op het verzoek tot wijziging. Verlaging van een eigen risico bedrag kan slechts na medische selectie geschieden en moet dan voor alle op de polis vermelde verzekerden gelden.

### Artikel 4

#### Niet verzekerde kosten

Geen aanspraak op vergoeding bestaat:

- voor kosten van behandeling van ziekten en afwijkingen die reeds bestonden voor of bij het tot stand komen van de verzekeringsovereenkomst of bij uitbreiding van de dekking (verhoging van de verzekerde klasse of verlaging van het eigen risico), indien verzekeringnemer of verzekerde daarvan reeds kennis droeg of klachten ondervond, tenzij de verzekeringnemer verzekeraar hiervan schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en verzekeraar bij de aanvaarding van de verzekering of de uitbreiding van de dekking geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;
- indien en voor zover door de verzekeringnemer of verzekerde aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of een andere overeenkomst;
- voor de van verzekerde verschuldigde eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en van bevolkingsonderzoeken;
- voor kosten van behandeling die niet behoren tot:

- a. op het tijdstip van behandeling in Nederland algemeen erkende medisch-wetenschappelijke opvattingen en/of
  - b. de normale praktijkuitoefening en/of
  - c. het specialisme waarvoor de behandeld specialist is ingeschreven;
- voor kosten van tandheelkundige behandelingen behalve die welke uitdrukkelijk als verzekerde behandeling in de polis staan genoemd;
  - voor kosten inzake keuringen, attesten en vaccinaties tenzij in de Regeling Farmaceutische Hulp anders is bepaald, sportmedische begeleiding, zwangerschaps-, kraamvrouwen- en bejaardengymnastiek, onderzoek en behandeling door een psycholoog, arbeids- en bezigheidstherapie, brillen, diët- en voedingspreparaten anders dan conform de Regeling Farmaceutische Hulp, niet nagekomen afspraken, administratietoelagen en boetes wegens te laat betalen van nota's;
  - voor de volgende onderdelen van farmaceutische hulp:
    - homeopathische en antroposofische geneesmiddelen;
    - bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
    - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
    - ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel.
    - voor kosten betreffende vorm- en/of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
    - voor kosten inzake preventieve hulp behalve die welke met name is genoemd;
    - voor kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen;
    - voor het ongedaan maken van een eerder verrichte sterilisatie;
    - voor kosten van geneesmiddelen, die toegepast worden voor een indicatie, waarvoor deze niet geregistreerd zijn;
    - voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze reacties zijn ontstaan:
      - a. Deze uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt of zijn bestemd om te worden gebruikt voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
      - b. Het onder a. vermelde is niet van toepassing wanneer krachtens de Nederlandse of een buitenlandse wet een derde aansprakelijk is voor de geleden schade.
- Voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponeerd.

## **Artikel 5 Uitkeringen**

Vergoedingen waarop krachtens deze polis recht bestaat worden uitbetaald binnen 14 dagen nadat verzekeraar de verschuldigdheid daarvan heeft vastgesteld. Uitbetaling geschiedt aan verzekeringnemer, of rechtstreeks aan de belanghebbende(n). Ook bij betaling rechtstreeks aan belanghebbende(n) is verzekeraar rechtsgeldig gekwet.

Aanspraken kunnen uitsluitend aan de voorwaarden van verzekering worden ontleend en niet aan de uitkering op zich.

Nota's op basis waarvan uitkering plaatsvindt worden eigendom van de verzekeraar.

## **Artikel 6 Grondslag van de verzekering**

### **6.1 Aanvraag**

Het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier alsmede daarbij afzonderlijk verstrekte schriftelijke gegevens, vormen met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.

Verzekeringnemer staat in voor de juistheid en volledigheid van de aan verzekeraar verstrekte mededelingen en gegevens.

### **6.2 Verzwijging**

Verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd als de in dit artikel onder 6.1 verstrekte gegevens in strijd met de waarheid of onvolledig zijn, waardoor verzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld de juiste omvang van het te verzekeren risico te beoordelen.

Verzekeraar is in zo'n geval voorts bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door verzekeraar te bepalen tijdstip te beëindigen, onverkort het recht van verzekeraar een beroep te doen op vernietigbaarheid van de verzekering conform artikel 251 Wetboek van Koophandel.

**6.3** Het bovenstaande geldt ook bij aanvraag tot uitbreiding van een verzekering of verlaging van het eigen risico.

## **Artikel 7 Strekking van de verzekering**

Verzekeraar vergoedt de kosten die voor zijn verzekerden zijn ontstaan ten gevolge van een medische behandeling voor zover deze kosten volgens artikel 2 zijn verzekerd, mits en zolang de behandeling medisch noodzakelijk is en deze medische noodzaak ook kan worden aangetoond en tot ten hoogste de rechtsgeldige tarieven of tot het tarief dat door of namens verzekeraar is overeengekomen met de zorgaanbieder.



## VERZEKERINGEN

Verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling, verpleging, onderzoek en dergelijke bepalend is.

Op het polisblad staat vermeld voor welk(e) pakket(ten) de verzekering geldt.

### Artikel 8

#### Verplichtingen van verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht:

- aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- een ziekenhuisopname binnen 3 dagen na opnamedatum te melden aan de verzekeraar;
- de behandelend huisarts of specialist te machtigen reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
- bij niet-klinische specialistische behandeling, bij fysiotherapie, oefentherapie en logopedie een verwijzing van de specialist, huisarts of tandarts te overleggen, indien de verzekeraar hier om vraagt;
- om de toestemming VOORAF, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen dat verzekeraar in de gelegenheid is tijdig alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking;
- de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. Verzekeringnemer dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
- alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat hieruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden;
- in geval door verzekeraar rechtstreeks de volledige kosten zijn vergoed aan een hulpverlener of hulpverlenende instelling, terwijl op (dat onderdeel van) de risicodekking (nog) een eigen risico van toepassing is, het door hem verschuldigde eigen risicobedrag op eerste verzoek aan verzekeraar terug te betalen. Bij het niet voldoen aan deze verplichting geldt het bepaalde onder schorsing.
- een opname in een ziekenhuis aan verzekeraar te melden zodra de noodzaak tot opname is gebleken. Is in verband met het spoedeisende karakter van de opname melding vooraf niet mogelijk dan dient de melding uiterlijk 3 dagen na de datum waarop de opname plaatsvond te worden gedaan.

Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad doordat de hier genoemde verplichtingen niet worden nagekomen behoeft verzekeraar geen kosten te vergoeden.

Wanneer blijkt dat onware of onvolledige inlichtingen zijn verstrekt vervalt het recht op vergoeding en kunnen reeds gedane uitkeringen worden teruggevorderd

### Artikel 9

#### Meeverzekering gezinsleden

1. Verzekeringnemer dient alle daarvoor in aanmerking komende gezinsleden bij verzekeraar te verzekeren.
2. Eigen kinderen, alsmede pleegkinderen en adoptiefkinderen die blijvend in het gezin zijn opgenomen, worden ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen met ingang van de dag van geboorte, respectievelijk opname in het gezin, meeverzekerd, mits zij binnen 30 dagen na hun geboorte, respectievelijk opname in het gezin, schriftelijk ter verzekering zijn aangemeld bij verzekeraar.
3. Voor alle gezinsleden moet dezelfde dekking worden aangevraagd. Kinderen tot 18 jaar kunnen echter voor wat betreft klassedekking uitsluitend voor de derde klasse worden verzekerd.

### Artikel 10

#### Wijzigingen

##### 1. Melding

Verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed heeft op de rechten en de plichten uit deze verzekeringsovereenkomst zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan verzekeraar mee te delen. Zulke wijzigingen zijn ondermeer het van kracht worden van een verzekering in-gevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, verhuizing, huwelijk, samenwoning, geboorte, overlijden en dergelijke.

Indien door het nalaten van het hierboven bepaalde de belangen van de verzekeraar worden geschaad vervalt een eventueel recht op restitutie van premie en hoeft verzekeraar geen kosten te vergoeden.

##### 2. Adres

Mededelingen door verzekeraar gericht aan het door verzekeringnemer laatst schriftelijk aan verzekeraar opgegeven adres worden geacht verzekeringnemer te hebben bereikt.

### Artikel 11

#### Aanvang, duur en einde van de verzekering

##### 1. Aanvang

- De verzekeringsovereenkomst gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum.

##### 2. Duur

- De verzekeringsovereenkomst is in eerste termijn aangegaan voor de op het polisblad genoemde duur;
- na afloop daarvan wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor éénzelfde termijn, tenzij de verzekeringnemer tenminste drie maanden voor het verstrijken van een termijn de verzekering schriftelijk aan verzekeraar heeft opgezegd en deze opzegging ook door verzekeraar is ontvangen.

### 3. Einde

De verzekering eindigt:

- door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer op de wijze als in dit artikel, of in artikel 14 lid 2, is vermeld;
- bij het bereiken van de eerste dag van de maand waarin verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt, per welke datum de verzekering van deze verzekerde wordt voortgezet door een verzekering onder de wettelijke voorwaarden en vergoedingen van de Standaardpakketpolis;
- op de dag waarop een verzekerde geen gezinslid meer is. Deze kan direct aansluitend en ongeacht gezondheidstoestand een gelijkwaardige en individuele verzekering tegen de dan geldende premies en voorwaarden afsluiten, mits verzekeraar de aanvraag daartoe uiterlijk op de dag van beëindiging van meeverzekering heeft ontvangen;
- door overlijden van een verzekerde op de dag volgend op die van overlijden;
- voor de betreffende verzekerde met ingang van de dag van vertrek naar het buitenland voor blijvende vestiging aldaar. Een tijdelijk verblijf langer dan 6 maanden (ook als dit voor korte periodes wordt onderbroken) wordt met vertrek naar het buitenland voor blijvende vestiging aldaar gelijkgesteld.
- Bij kinderen op de dag waarop zij tijdens de looptijd van deze polis de 27-jarige leeftijd bereiken. Zij kunnen dan direct aansluitend en ongeacht gezondheidstoestand een gelijkwaardige individuele verzekering tegen de dan geldende premies en voorwaarden afsluiten, mits verzekeraar de aanvraag daartoe uiterlijk op de dag van beëindiging van de meeverzekering heeft ontvangen.
- Bij toetreding tot een Ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenverzekering met ingang van de datum waarop verzekeraar daarvan schriftelijke mededeling ontvangt.

#### Artikel 12 Bedenktijd

Binnen 14 dagen na dagtekening van het eerste polisblad kan de verzekering door de verzekeringnemer per schriftelijke mededeling, waarvan vaststaat dat deze de verzekeraar heeft bereikt, worden opgezegd, waardoor de verzekering geacht wordt niet te zijn ingegaan.

#### Artikel 13 Premie

##### 1. Premiebepaling

Voor de vaststelling van de premie is bepalend de omvang van de verzekerde vergoedingen en de leeftijd van verzekerden. Voor alle op het polisblad vermelde verzekerden is de bij hun leeftijd behorende premie verschuldigd.

##### 2. Premiebetaling

Maandpremie is slechts mogelijk onder machtiging van verzekeraar tot automatische incasso.

De kwartaalpremie bedraagt 3x de geldende maandpremie, verminderd met 1%.

De halfjaarpremie bedraagt 6x de geldende maandpremie, verminderd met 2%.

De jaarpremie bedraagt 12x de geldende maandpremie, verminderd met 4%.

Verzekeringnemer is verplicht de premie, waaronder ook begrepen kosten en bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, bij vooruitbetaling te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen bedragen te verrekenen met een van verzekeraar te vorderen vergoeding.

### 3. Schorsing

Voldoet verzekeringnemer niet tijdig aan de verplichting tot betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten, waarbij ook een gedeeltelijke betaling geldt als niet betaling, dan geldt het volgende:

- verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- indien verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke als de wettelijke rente, voor rekening van verzekeringnemer;
- de dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering, door verzekeraar is ontvangen, doch uitsluitend voor kosten waarvan de datum van behandeling, opname, verpleging, onderzoek e.d. gelegen is na dit tijdstip en de noodzaak of de verwachting om deze kosten te maken zich niet heeft geopenbaard in de periode waarin de dekking was opgeschort;
- bij schorsing van de verplichtingen van verzekeraar heeft verzekeraar het recht om de verzekering definitief te beëindigen. Verzekeraar doet hiervan mededeling.

#### Artikel 14 Wijziging van premie en/of voorwaarden

##### 1. Wijziging

- Verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en/of de premies van de bij hem lopende polissen per een door hem vast te stellen datum te wijzigen.
- Verzekeraar deelt een dergelijke wijziging schriftelijk mee aan de verzekeringnemer.

##### 2. Recht van opzegging

- De verzekeringnemer die met een dergelijke wijziging niet akkoord gaat kan de verzekering per de datum van wijziging beëindigen, mits de schriftelijke opzegging binnen 30 dagen na deze datum door de verzekeraar is ontvangen. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggeven.

Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- bij wijziging van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke bepalingen of regelingen, daaronder begrepen wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- bij uitsluitend verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking;
- bij een premieherziening die rechtstreeks voortvloeit uit het bereiken van een leeftijds grens door een verzekerde, of door verhuizing van een verzekerde.



V E R Z E K E R I N G E N

### 3. Voortzetting verzekering

Heeft verzekeraar binnen 30 dagen na de onder punt 1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

#### Artikel 15

##### Samenloop met andere verzekeringen

- Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkeringen op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig.
- Dan zal alleen schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde anders aanspraak zou kunnen maken.

#### Artikel 16

##### Persoonsregistratie

- Bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door verzekeraar gevoerde persoonsregistratie.
- Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, hetgeen bij verzekeraar ter inzage ligt.

#### Artikel 17

##### Toepasselijk recht en geschillenregeling

##### 1. Toepasselijk recht

- Op de verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- Geschillen die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zullen worden beslist door de bevoegde rechter.

##### 2. Geschillenregeling

- Bij geschillen die voortvloeien uit de totstandkoming of uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kan verzekeringnemer zich ook wenden tot de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf (Postbus 93560, 2509 AN DEN HAAG), dan wel de Ombudsman Zorgverzekeringen (op hetzelfde adres).