

Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2009

De vorige Algemene Voorwaarden zijn hierbij vervallen

**Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen
per 1 januari 2009**

Index

| | |
|---|-----|
| 0. Belangrijke informatie over uw aanvullende zorgverzekering | 3 |
| 1. Begripsomschrijvingen | 7 |
| 2. Basis van de aanvullende zorgverzekering | 19 |
| 3. Geldigheid van voorwaarden | 21 |
| 4. Begin, duur en einde van de aanvullende zorgverzekering | 22 |
| 5. Premie en kosten | 26 |
| 6. (Kosten van) zorg die wij niet vergoeden | 29 |
| 7. Informatie en registratie | 33 |
| 8. Verandering van de voorwaarden | 35 |
| 9. Wat kunt u doen bij klachten? | 35 |
| 10. Wat als een situatie niet in de voorwaarden is geregeld? | 36 |
| 11. Algemene voorwaarden van vergoedingen | 36 |
| 12. Medisch-specialistische zorg | 43 |
| 13. Preventie | 48 |
| 14. Geneesmiddelen | 50 |
| 15. Hulpmiddelenzorg | 56 |
| 16. Paramedische zorg | 65 |
| 17. Geestelijke gezondheidszorg | 68 |
| 18. Alternatieve behandelingen | 71 |
| 19. Mondzorg | 72 |
| 20. Kuurbehandeling | 75 |
| 21. Huidtherapieën | 76 |
| 22. Zwangerschap, bevalling en kraamzorg | 78 |
| 23. Advisering | 83 |
| 24. Cursussen / gezondheidstrainingen / contributies | 85 |
| 25. Overige therapieën | 88 |
| 26. Verblijf en vervoer | 92 |
| 27. Buitenland | 99 |
| 28. Afwijkende bepalingen | 102 |

0. Belangrijke informatie over uw aanvullende zorgverzekering

0.1. Welkom

Dit zijn de Algemene Voorwaarden van de aanvullende zorgverzekering(en) die u bij ons hebt afgesloten. Deze voorwaarden bestaan uit twee delen:

1. Het Vergoedingen Overzicht (dit is Deel 1) waarop per aanvullende zorgverzekering staat aangegeven op welke vergoedingen u recht hebt.
2. Het boekje met de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen (dit is Deel 2) waarin de regels van de aanvullende zorgverzekering(en) beschreven staan.

0.2. Papieren polis, zorgverzekering via telefonische directe acceptatie of zorgverzekering via Internet

Een aanvullende zorgverzekering van ons kan op drie manieren tot stand komen:

- a. door middel van een schriftelijke aanvraag;
 - b. via internet;
 - c. door middel van een telefonische aanvraag.
-
- a. Sluit u een papieren aanvullende zorgverzekering via een aanvraagformulier af, dan ontvangt u alle documenten op papier. U geeft wijzigingen op papier aan ons door en vraagt op papier om de vergoeding van een nota.
 - b. Een aanvullende Internetzorgverzekering sluit u af via Internet. U geeft via Internet wijzigingen aan ons door en vraagt via Internet om de vergoeding van een nota.
 - c. Bij een aanvullende zorgverzekering dat door middel van een telefonische aanvraag tot stand is gekomen ontvangt u alle documenten op papier en vraagt u op papier om vergoeding van een nota. Wijzigingen (behalve het wijzigen van een rekeningnummer) kunt u telefonisch doorgeven.

Deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen zijn bestemd voor beide soorten aanvullende zorgverzekeringen. Als ergens in deze voorwaarden een belangrijk verschil bestaat tussen een aanvullende Internetzorgverzekering en een aanvullende zorgverzekering op papier wordt dit apart vermeld.

0.3. Uw verzekeringsdocumenten

Bij het afsluiten van uw aanvullende zorgverzekering ontvangt u van ons:

- a. de polis. Hierop staat:
 - 1) wie verzekerd is;
 - 2) welke aanvullende zorgverzekering(en) u hebt afgesloten;
 - 3) de hoogte van de premie;
- b. "Deel 1: Vergoedingen Overzicht". Op dit Vergoedingen Overzicht geven we per aanvullende zorgverzekering aan op welke vergoedingen u recht hebt;
- c. "Deel 2: Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen". Hierin staan de regels van de aanvullende zorgverzekering(en);
- d. notabegeleidingsformulieren met retourenvelop. U gebruikt deze als u nota's bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw notabegeleidingsformulier toe als wij een nota hebben verwerkt. U kunt een nieuw notabegeleidingsformulier ook telefonisch bij ons opvragen of via onze website.
Bij onze aanvullende Internetzorgverzekeringen declareert u via Internet; een notabegeleidingsformulier is niet nodig.

0.4. Hoe weet u wat u vergoed krijgt

Als u wilt weten welke zorg u vergoed krijgt, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. Kijk op uw polisblad voor welke aanvullende zorgverzekering(en) u verzekerd bent;
- b. Kijk in "Deel 1: Vergoedingen Overzicht" van uw aanvullende zorgverzekering(en) en zoek de zorg die u nodig hebt. U hebt recht op vergoeding als de zorg onder uw aanvullende

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

zorgverzekering(en) beschreven staat. Staat uw behandeling er niet bij, dan hebt u geen recht op vergoeding van zorg. Bij twijfel kunt u natuurlijk altijd ons bellen.

- c. U moet natuurlijk wel voldoen aan de voorwaarden die wij stellen. Deze worden beschreven in dit deel "Deel 2: Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen".

0.5. Wat als u nieuwe voorwaarden krijgt

Elk jaar krijgt u per 1 januari een nieuwe polis.

Als wij de premie of vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering hebben aangepast, kunnen de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het Vergoedingen Overzicht veranderen. U krijgt daarvan bericht van ons. U kunt dan uw nieuwe voorwaarden bij ons of via Internet opvragen. Het spreekt voor zich, dat uw oude polis, Vergoedingen Overzicht en Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen na de wijzigingsdatum niet meer geldig zijn. Die kunt u het beste weggooien zodat er geen verwarring komt.

0.6. Hoe lang loopt uw aanvullende zorgverzekering

Als u bij ons een aanvullende zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Na deze periode verlengen wij de aanvullende zorgverzekeringen stilzwijgend van jaar tot jaar.

Wilt u niet dat uw aanvullende zorgverzekering verlengd wordt? Laat ons dit vóór 1 januari weten. Als de minimale verzekeringsduur of de duur van een verlenging is verstreken, eindigt uw aanvullende zorgverzekering.

In deze algemene voorwaarden vindt u onder artikel 4. meer informatie over de looptijd van uw aanvullende zorgverzekering(en).

0.7. Wat moet u doen om zorg vergoed te krijgen

Bent u behandeld door een zorgverlener (behandelaar of leverancier) met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan stuurt deze zorgverlener de rekening direct naar u. U betaalt deze rekening zelf en stuurt vervolgens de originele rekening (geen kopie, herinnering of aanmaning!) aan ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier (declaratieformulier) van ons gekregen. Op dit notabegeleidingsformulier kunt u per nota aangeven aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de kosten van de zorg aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de zorgverlener.

Nadat wij uw nota hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw aanvullende zorgverzekering(en) recht hebt. Het kan zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt als bijvoorbeeld voor de behandeling een eigen bijdrage geldt. Stuurt u ons een rekening, dan vergoeden wij daarvan dat deel waar u volgens het Vergoedingen Overzicht recht op hebt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U betaalt zelf het gehele bedrag aan de zorgverlener.

Wij sturen u een bericht op welke vergoeding u recht hebt en op welke bank- of girorekening wij die vergoeding overmaken. Ook sturen wij u een nieuw notabegeleidingsformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening indient.

Hebt u een Internetzorgverzekering dan declareert u via Internet. Het notabegeleidingsformulier vult u online in en stuurt u digitaal naar ons. De originele nota's moet u scannen en insturen naar het aangegeven e-mailadres. De originele nota moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

0.8. De zorgverlener stuurt de rekening naar ons

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun nota's niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan hen. Tussenkost van u is niet nodig.

Stuurt uw zorgverlener ons een rekening toe, dan betalen wij deze volledig volgens het geldende tarief aan de zorgverlener. Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw aanvullende zorgverzekering(en) recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald. U ontvangt van ons vervolgens een rekening met het verzoek het teveel betaalde bedrag aan ons over te maken.

De eigen bijdrage betaalt u op dezelfde manier als de manier waarop u uw premie betaalt. Dit kan met een acceptgiro zijn of via een automatische incasso (bij een aanvullende Internetzorgverzekering is dit altijd automatische incasso).

0.9. Een erkende zorgverlener

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (bijvoorbeeld arts of medisch-specialist). Soms is een zorgverlener of zorginstelling erkend; door de overheid of door ons. U vindt dit regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Wij kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt zorgverleners ook opzoeken op onze website.

Verzekerden met een aanvullende Internetzorgverzekering hebben hun eigen informatieteam waar zij hun vragen kunnen stellen.

0.10. Tarieven en vergoeding

In het Vergoedingen Overzicht staat hoeveel vergoeding u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat u in dat geval 100% vergoed krijgt van het notabedrag. Er kan namelijk verschil zijn tussen het notabedrag en het vergoedingstarief. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling. Een tarief kan als volgt vastgesteld zijn:

1) afgesproken tarief

Wij hebben met veel zorgverleners en zorginstellingen tarieven afgesproken voor de behandelingen. Wij vergoeden de behandeling dan volgens dit afgesproken tarief.

2) wettelijk tarief

Krijgt u een behandeling van een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken? Dan vergoeden wij de behandeling volgens het wettelijke (maximum-)tarief dat op dat moment geldt op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg.

3) marktconform tarief

Krijgt u een behandeling door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken en bestaat voor die behandeling geen wettelijk (maximum)tarief? In dat geval vergoeden wij de zorg tot maximaal het marktconforme tarief. Dat is het tarief dat voor die zorg in Nederland gebruikelijk is. Meestal is dat het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken.

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring vooraf aanvragen

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u vooraf zorgadvies en een akkoordverklaring van ons hebt gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling of dienst. Om deze zorgadvisering en akkoordverklaring aan te vragen, stuurt u ons:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch-specialist of tandarts; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Pas nadat u van ons zorgadvies en een akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw aanvullende zorgverzekering worden gegeven.

0.12. Zorg in het buitenland

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u in de landen binnen de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, zónder geld te hoeven

voorschieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening wordt betaald door de zorgverzekeraar in het land van herkomst. Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners.

De pas is bedoeld voor zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland aan verzekerden die op vakantie gaan, tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie) én voor bewoners van de grensstreek. U kunt de gratis pas zelf aanvragen op www.ehic.nl.

0.13. Rechten en plichten van u en van ons

Uw rechten en plichten en onze rechten en plichten staan op de polis, in de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en op het Vergoedingen Overzicht. Deze inleiding op de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen is bedoeld ter verduidelijking, maar bevat géén rechten of plichten. Dat geldt ook voor de toelichtingen die wij bij verschillende artikelen gebruiken om de voorwaarden te verduidelijken. In de artikelen 2 tot en met 27 staan de rechten en plichten van deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen vermeld.

1. Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van de begrippen die in de voorwaarden voorkomen.

Aanvullende zorgverzekering

Een overeenkomst van verzekering met als onderwerp een vergoeding die is afgestemd en een aanvulling vormt op een zorgverzekering. U kunt één aanvullende zorgverzekering of een combinatie van meerdere aanvullende zorgverzekeringen bij ons afsluiten. Als wij hierna spreken over “aanvullende zorgverzekering”, kan dit ook een combinatie van aanvullende zorgverzekeringen zijn. Een verzekering is een aanvullende zorgverzekering als dat uit de naam van deze verzekering blijkt doordat in die naam het woord “aanvullend” of “aanvullende” is opgenomen.

Toelichting

Uit de naam “aanvullende verzekering Basis” of “aanvullende verzekering Top” blijkt dat dit een aanvullende zorgverzekering is.

ADL- hulpmiddelen

Hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Toelichting

Denk bijvoorbeeld aan aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

Akkoordverklaring

De schriftelijke verklaring die wij u in reactie op uw aanvraag voor zorgadvies geven. Uit deze verklaring blijkt dat wij deze zorg beschouwen als zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt en dat u hier volgens de verzekeringsvoorwaarden recht op hebt. Deze verklaring wordt afgegeven door onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Ambulance

Een auto die ingericht en bestemd is voor het liggend vervoer van zieken en gewonden. In de auto is voldoende opgeleid en bekwaam personeel aanwezig.

Apotheek

De plaats waar geneesmiddelen bereid en/of geleverd worden. Degene die de apotheek beheert (de apotheker) staat geregistreerd zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Apotheker

Degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers bedoeld in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Arts

Degene die als arts geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt en die geregistreerd is als huisarts of medisch-specialist.

Arts verstandelijk gehandicapten

De arts die is ingeschreven in het register van erkende artsen verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Toelichting

De AWBZ is in het leven geroepen om de Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij vooral om erg dure zorg, zoals thuiszorg, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

gehandicapten.

Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

Behandeling

Als wij in deze voorwaarden spreken over een "behandeling" bedoelen wij:

- a. een geneeskundige ingreep of verrichting;
- b. een consult;
- c. een visite;
- d. een levering van een hulpmiddel of geneesmiddel;
- e. een opname;
- f. een onderzoek;
- g. een diagnose;
- h. medisch-specialistische zorg.

Per dag vergoeden wij maximaal één behandeling van dezelfde soort, tenzij uitdrukkelijk in deze algemene voorwaarden of in Deel 1: Vergoedingen Overzicht staat aangegeven.

Onder behandeling verstaan we niet cursussen.

Toelichting "Vergoeding één behandeling van dezelfde soort per dag":

Als u op één dag bijvoorbeeld een consult van een alternatief arts hebt en een behandeling fysiotherapie door een fysiotherapeut dan vergoeden wij beide behandelingen.

We vergoeden niet twee behandelingen fysiotherapie die u op één dag hebt. Ook al krijgt u die bij twee verschillende fysiotherapeuten of zijn deze behandelingen voor verschillende aandoeningen.

Bekkentherapeut

Degene, die als fysiotherapeut staat geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bevalling

Het einde van de zwangerschap na de achttiende week.

Toelichting

Eindigt uw zwangerschap vòòr de negentiende week, dan kan er sprake zijn van een miskraam. In dat geval hebt u geen recht op kraamzorg of op een kraamzorguitkering.

B.I.G.

Zie Wet B.I.G.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland. Als u niet in Nederland woont en u hebt juist om die reden bij ons een (andere) aanvullende zorgverzekering gesloten, dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau zoals dat is beschreven in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg. Dit is een onafhankelijk bureau in uw provincie dat toegang geeft tot alle voorzieningen voor jeugdzorg. Dit bureau beoordeelt als onafhankelijke instelling uw verzoek om hulp en verwijst u door.

Bijkomende kosten

Kosten die een instelling naast de geldende verpleegtarieven mag rekenen. Dit wordt geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Toelichting

Met "bijkomende kosten" bedoelen wij bijvoorbeeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, het verband en de geneesmiddelen in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid.

Centrum voor mondzorg

Praktijk voor tandheelkundige zorg. Aan de praktijk zijn één of meerdere tandartsen, mondhygiënisten of andere bevoegde zorgverleners verbonden.

Collectieve overeenkomst

De overeenkomst die wij hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt of waardoor uw belangen worden behartigd. Doel van de overeenkomst is u en uw collega's of de mensen van wie ook de belangen worden behartigd de mogelijkheid te bieden om bij ons een collectieve zorgverzekering te sluiten.

Collectieve zorgverzekering

De aanvullende zorgverzekering die u bij ons kunt afsluiten als u werkt bij een bedrijf of instelling met wie wij een collectieve overeenkomst hebben afgesloten of als dit bedrijf of deze instelling uw belangen behartigt. Dankzij deze overeenkomst hebt u bepaalde voordelen die u niet zou hebben als u individueel verzekerd zou zijn.

Cursus

Een theoretisch leerproces dat in een bepaalde vorm is vastgesteld en binnen een bepaalde tijd plaatsvindt. In de cursus krijgt u via persoonlijk contact informatie aangereikt. Doel van die informatie is het vergroten van uw kennis om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden of te verbeteren.

Toelichting

Als uw aanvullende zorgverzekering vergoeding geeft voor cursussen in het algemeen, dan kunnen die gericht zijn op bijvoorbeeld diabetes of stoppen met roken maar ook op omgaan met stress of verhogen van uw weerbaarheid.

Dagbehandeling

Een behandeling met een tijdsduur van korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft het afgesloten traject van medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend. Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag (zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling of na 365 dagen, als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen. Het tarief is een gemiddelde prijs.

Diëtist

Degene die de titel diëtist mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De diëtist is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Eerstelijns instelling

Een instelling die gericht is op de eerstelijnspsychologische gezondheidszorg. De instelling heeft

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

rechtspersoonlijkheid. Binnen de instelling leveren een of meer gezondheidszorgpsychologen – al dan niet in loondienst - uitsluitend eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ zorg).

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die zich in de praktijk bezighoudt met het werken in de eerstelijnszorg van de geestelijke gezondheidszorg.

Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

Diagnostiek en kortdurende, algemene (“generalistische”) behandeling van niet ingewikkelde (niet-complexe) psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die onder de zorgverzekering gedekt zijn, maar gedeeltelijk voor uw rekening blijven. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico.

Eigen risico

Kosten van zorg die onder de zorgverzekering gedekt zijn, maar voor uw rekening blijven tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Hebt u het eigen risico bedrag al geheel voor uw rekening genomen dan hebt u recht op (vergoeding van kosten van) zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden. Er is in de hoofdverzekering altijd sprake van een verplicht eigen risico. Er kan daar bovendien sprake zijn van een vrijwillig gekozen eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Degene die de titel ergotherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De ergotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

De EU-staten zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De aflevering van geneesmiddelen en dieetpreparaten die op grond van het Besluit zorgverzekering zijn aangewezen. De farmaceutische zorg moet voldoen aan de criteria die zijn gesteld in de voorwaarden of de lijsten met geneesmiddelen die bij deze voorwaarden horen. U kunt deze lijsten opvragen bij ons of bekijken op onze internetsite.

Fysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt. Onder fysiotherapeut verstaan wij ook een heilgymnast-masseur zoals bedoeld in artikel 108 van de Wet B.I.G..

Gecontracteerde zorg

De zorg waarvoor wij met een zorgverlener en/of zorginstelling een overeenkomst hebben gesloten en waar u op basis van de verzekeringsvoorwaarden recht op hebt.

Geneesmiddelen

De middelen die de overheid volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd heeft als geneesmiddel, bloedproduct of dieetpreparaat en die wij hebben aangewezen en opgenomen in onze voorwaarden

en lijsten met geneesmiddelen.

Gezin of gezinsleden

Onder gezin of gezinsleden verstaan wij de personen die wij als elkaars enige levenspartner zien, een gemeenschappelijke huishouding voeren en op hetzelfde adres wonen. Onder die personen verstaan wij ook kinderen tot 18 jaar, kinderen voor wie een wettelijk recht op studiefinanciering bestaat of adoptie- en pleegkinderen. Wij moeten gezinsleden als verzekerden hebben geaccepteerd en op het polisblad hebben vermeld.

Gezondheidszorgpsycholoog

Degene die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt.

GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en daarvoor zijn toegelaten.

Groepstherapie of behandeling in groepsverband

Behandeling van twee of meer patiënten tegelijkertijd door dezelfde zorgverlener.

GVS (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem deelt geneesmiddelen in groepen in die onderling vervangbaar zijn. Per groep geldt een maximale vergoeding. Als de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger is, betaalt u het verschil bij. Uitgangspunt is dat u deze eigen bijdrage kunt vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een lagere prijs.

Hoofdverzekering

De verzekering die u kunt afsluiten zonder dat dit in combinatie met een (of meerdere) aanvullende zorgverzekering(en) hoeft te gebeuren. Een Zorgverzekering is een hoofdverzekering.

Huidtherapeut

Degene die de titel huidtherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut". De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

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

Huisartsenpost

Een samenwerkingsverband van huisartsen. Het verband bezit een rechtspersoonlijkheid zoals bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg. Het verband is opgericht om tijdens de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen uit de lijst hulpmiddelen die in de Regeling zorgverzekering is vastgesteld en waarover in ons Reglement Hulpmiddelen eisen voor akkoordverklaring, gebruikstermijnen en voorschriften over hoeveelheden staan.

Hulpmiddelenzorg

Het verstrekken van hulpmiddelen en verbandmiddelen die in de Regeling zorgverzekering zijn aangewezen. Wij hebben in ons Reglement Hulpmiddelen voorwaarden, gebruikstermijnen en voorschriften over hoeveelheden opgenomen waaraan u zich moet houden. U kunt dit reglement bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

Injectie

Het vaccin of de entstof waarmee de vaccinatie of inenting plaatsvindt. Onder injectie valt niet het consult of de behandeling waarbinnen de vaccinatie of de inenting wordt gegeven.

Instelling voor medisch-specialistische zorg

Een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.).

- Als wij alleen een ziekenhuis bedoelen, schrijven wij dit zo: ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg). Wij bedoelen dan een algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis (dit is een ziekenhuis dat zorg van slechts één of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) of een universitair ziekenhuis.
- Als wij alleen een Z.B.C. bedoelen, schrijven wij dit zo: Z.B.C. (instelling voor medisch-specialistische zorg).
- In de gevallen dat we ze allebei bedoelen, staat er alleen 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, dan wordt niet "kalenderjaar" maar levensjaar bedoeld.

Jeugdgezondheidszorgarts (JGZ-arts)

Een arts die in de jeugdgezondheidszorg werkt en is ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid of als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) zijn ingesteld.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die ook is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet B.I.G.

Kraamcentrum

Een instelling die wettelijk als kraamcentrum is toegestaan en die wij als zodanig erkend hebben.

Kraamhotel

Instelling waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen voor haar verloskundige zorg en de daarop volgende kraamzorg terecht kan.

Kraamzorg

De zorg voor moeder, kind en de huishouding door de kraamhulp bij de verzekerde moeder thuis. De kraamzorg volgt direct op de bevalling van de moeder. De kraamzorg is alleen bedoeld voor de biologische moeder, niet voor anderen zoals bijvoorbeeld een adoptiemoeder. De kraamhulp is verbonden aan een kraamcentrum.

Kraamzorg bij adoptie

Instructie aan de ouder in geval van adoptie van een kind jonger dan zes maanden.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek dat gedaan wordt door een laboratorium in verband met een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium moet een tariefbeschikking hebben ontvangen, waardoor het onderzoek tot een bepaalde maximumprijs gedeclareerd mag worden.

Maand

Kalendermaand.

Marktconform bedrag

Bedrag dat in de Nederlandse markt gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners passend en/of niet onredelijk hoog is. Het gaat om een bedrag gelijk aan het tarief dat wij hebben afgesproken met zorgverleners met wie wij overeenkomsten hebben gesloten.

(Medisch) adviseur

De arts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons in medische, fysiotherapeutische of andere situaties adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling die door de medische wetenschap internationaal bekend, voldoende getest en betrouwbaar is en daardoor is erkend.

Medisch-specialist

Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Medisch-specialistische zorg

Zorg, behandeling of onderzoek door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist.

Mondhygiënist

Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid volgens de eisen die het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en het “Besluit functionele zelfstandigheid” stelt.

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht. Deze autoriteit:

- a. bewaakt de belangen van de consument op de verschillende zorgmarkten;
- b. houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ;
- c. houdt toezicht op de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg en stelt voor een deel van de zorg de tarieven en budgetten vast.

Nurse practitioner

Een verpleegkundige met een universitair denk- en werkniveau die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten. Deze verpleegkundige heeft de HBO Masters opleiding “advanced nursing practice” met succes afgerond.

Oedeemtherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Degene die de titel oefentherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De oefentherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ombudsman Zorgverzekeringen

De organisatie die klachten van verzekerden behandelt. Het instituut bemiddelt hierbij tussen u en ons, tenzij in de wet of een (andere) overeenkomst is geregeld dat er een andere klachtenregeling geldt. De Ombudsman Zorgverzekeringen is ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Het adres staat in de Inleiding van deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen onder het deel "Adressen".

Ongeval

Onder een ongeval verstaan wij:

- a. een plotselinge uitwendige, onvrijwillige inwerking van geweld op het lichaam;
- b. bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- c. verdrinking, verstikking (niet ten gevolge van een ziekte) en verbranding die niet door natuurlijke of kunstmatige bestraling is ontstaan;
- d. acute vergiftiging en de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging na verwonding door een ongeval;
- e. besmetting door een onvrijwillige val in het water of een andere stof;
- f. uitputting, verhogering en verdorping door bijvoorbeeld schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing, invriezing;
- g. verstuiking, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door een plotselinge, blijkbaar te grote, krachtsinspanning.

Onder een ongeval verstaan wij niet:

- a. ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia;
- b. geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel.

Opname

Het (formele) begin van behandeling en het daarop volgende verblijf langer dan 24 uur in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in een instelling voor revalidatie. Dagbehandeling is geen opname.

Orthodontist

Een tandartspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Ouders

De gezinsleden, die het ouderlijke gezag bevoegd uitoefenen over de kinderen in hun gezin.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg en die (aspirant)lid is van of aangesloten is bij:

- NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
- CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
- CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties).

Physician assistant

Een zorgprofessional die de HBO-Masters opleiding "physician assistant" met succes heeft afgerond. Deze zorgprofessional ondersteunt de arts in zijn werk, onder andere bij het uitoefenen van de meer routinematig geneeskundige handelingen. De zorgprofessional en de arts hebben een samenwerking waarbij zij elkaar aanvullen. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts.

Podoloog

Degene die lid is van een vereniging van podologen die wij hebben erkend en die een praktijk heeft als podoloog. De podoloog is geslaagd voor een opleiding voor het niet paramedische beroep podoloog. Hij is dus geen medicus en ook geen paramedicus.

Podotherapeut

Degene die op grond van zijn HBO-opleiding Podotherapie de titel van podotherapeut mag voeren zoals artikel 34 van de Wet B.I.G. bepaalt. De podotherapeut is lid van de Nederlandse vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.).

Polis

Het bewijs van verzekering dat u van ons ontvangt. Hierop staat onder andere de datum waarop uw aanvullende zorgverzekering ingaat en de soort aanvullende zorgverzekering die u hebt afgesloten.

Privé-kliniek

Een samenwerkingsverband dat medisch-specialistische zorg verleent. Voor deze zorg bestaat geen recht op (vergoeding) uit de Zorgverzekeringswet.

Prothese

Hulpmiddel dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch-specialisten Registratie Commissie (MSRC). Daar waar in dit register 'psychiater' staat, kan ook "zenuwarts" gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G.

Repatriëring

Ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch-specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch-specialistische zorg in uw woonland.

De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- a. de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland / Nederland wel;
- b. behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
- c. behandeling in het buitenland ter plaatse duidelijk veel duurder is dan behandeling in het woonland / Nederland.

Gezinshereniging of taalproblemen zijn sociale redenen. Deze sociale redenen zijn geen medische noodzaak voor repatriëring.

Toelichting

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Repatriëring valt in veel gevallen niet onder de voorwaarden van uw (aanvullende) zorgverzekering.

Voorbeelden

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het repatriëren van een overledene (waarbij het om duizenden euro's gaat) valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende zorgverzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een team van verschillende soorten deskundigen verleent de zorg, onder leiding van een medisch-specialist (revalidatiearts). Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist

Degene die een diploma van de basisopleiding en een vervolgopleiding voor schoonheidsspecialisten heeft en als schoonheidsspecialist praktijk houdt. Het diploma moet internationaal door en binnen de EU erkend zijn. De vervolgopleiding moet een specialisatie zijn in de behandelingen waarvan u de kosten bij ons hebt verzekerd. De schoonheidsspecialist is met die specialisatie geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

Toelichting

Een schoonheidsspecialist kan alleen maar een acné-behandeling declareren, als zij naast haar basisopleiding ook een diploma voor die specialisatie heeft. Bij de beroepsvereniging ANBOS is de schoonheidsspecialiste geregistreerd voor deze specialisatie. Een diploma voor bijvoorbeeld elektrische epilatie is niet voldoende om bij ons een acné-behandeling te kunnen declareren.

Schriftelijk

Per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht. Hebt u een aanvullende zorgverzekering via Internet afgesloten, dan vindt schriftelijk contact met ons alleen plaats door middel van emailberichten.

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. Het gaat om pathologische psychische problematiek waarvoor gespecialiseerde zorg nodig is (zoals depressieve, angst- en aanpassingsstoornissen). Deze zorg bestaat soms uit behandeling door een zorgverlener van één vakgebied, maar vaak uit behandeling door zorgverleners met verschillende vakgebieden. De behandeling kan gepaard gaan met voorschrijven van medicijnen, crisisopvang en opname in een GGZ-instelling. Bij de behandeling is een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken.

Spoedeisend

Medisch niet verantwoord om het verlenen van hulp uit te stellen.

Sportarts

De arts die is opgeleid in de sociale geneeskunde en geregistreerd is in het register van sociaal-geneeskundigen volgens de Wet B.I.G.

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Tandarts implantoloog

Degene die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI).

Tandheelkundige noodzaak

De noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundig-wetenschappelijke overwegingen.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Thuiszorg

Verpleging of verpleging in combinatie met verzorging voor één of meer dagdelen bij u thuis. Deze verpleging of verzorging is bedoeld om een opname, specialistische behandeling of verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) te verkorten of vervangen.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

In het buitenland zijn, zonder dat u daar woont. Zie hiervoor ook het begrip "wonen".

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

U/uw

Zie verzekerde/verzekeringnemer.

Verandering van aanvullende zorgverzekering

Het einde van een te vervangen, al lopende aanvullende zorgverzekering en het begin van een vervangende, nog niet lopende aanvullende zorgverzekering. De vervangende aanvullende zorgverzekering begint op de dag dat de lopende aanvullende zorgverzekering eindigt. De verandering kan ook gelden voor een combinatie van meerdere aanvullende zorgverzekeringen.

Verblijf

Opname en verblijf die 24 uur of langer duren.

Verdragsland

Een verdragsland is één van de volgende staten:

- a. elke staat waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen;
- b. andere lidstaten van de Europese Unie dan Nederland;
- c. een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte;
- d. Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Verpleeghuisarts

Degene die als verpleeghuisarts is ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verpleegkundige

Degene die als verpleegkundige geregistreerd is volgens artikel 3 van de Wet B.I.G.

Verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan u om gebruik te maken van de diensten van een andere zorgverlener of zorginstelling. Voor acute zorg (spoed) is nooit een verwijzing nodig.

Verzekerde

Iedereen die als zodanig op de polis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van "u (verzekerde)" en "uw (verzekerde)".

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst aanvullende zorgverzekering met ons is aangegaan. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekeringnemer aanspreken, en niet de verzekerde, spreken wij van "u (verzekeringnemer)" en "uw (verzekeringnemer)".

Voorschrift

De vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke specifieke zorg, onderzoek, behandeling of therapie om medisch professionele redenen op de verzekerde toegepast moet worden.

Week

Een periode die begint op maandag en die vanaf die dag zeven achtereenvolgende dagen achter elkaar duurt.

Wet B.I.G.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet regelt aan welke eisen

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

verschillende groepen van zorgverleners moeten voldoen om hun beroep uit te mogen oefenen.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw leven en uw sociale activiteiten helemaal of bijna helemaal op één bepaalde plaats of in één bepaald land hebt. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont. Zie hiervoor ook het begrip “tijdelijk verblijf in het buitenland”.

Toelichting

Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis hebt of huurt, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland. Onder woonland verstaan wij ook het land waar u voor uw werk bent gedetacheerd en u en uw gezinsleden verblijven, ook als dit korter is dan een jaar.

Toelichting

Wij praten over “woonland” als u in een ander land woont of bijvoorbeeld voor werk bent uitgezonden.

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder “instelling voor medisch-specialistische zorg”

Ziekenhuis

Zie onder “instelling voor medisch-specialistische zorg”

Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- a. Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto, helikopter of eigen auto tussen:
 - 1) de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte en
 - 2) de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.

- b. Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland:
Het spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:
 - 1) de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland en
 - 2) de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of in Nederland of het wettelijke woonadres.

Wij verstaan onder ziekenvervoer in dit geval niet het vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland.

Ziekenverzorger

Degene die als ziekenverzorger geregistreerd is volgens de door de overheid gestelde regels.

Zitting

Een direct contact tussen zorgverlener en verzekerde met als doel een behandeling of consult volgens een goedgekeurde prestatiebeschrijving.

Zorgaanvraag

Aanvraag voor zorgadvies.

Zorgadvies / zorgadvisering

Ons advies in reactie op uw zorgaanvraag om gebruik te maken van bepaalde zorg en/of

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

zorgverleners. U kunt deze zorgaanvraag doen bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Zorgverlener

De persoon of instelling die bevoegd is geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen of bevoegd is genees- en hulpmiddelen te leveren.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten. Deze verzekeringsonderneming biedt aanvullende zorgverzekeringen en hoofdverzekeringen die niet een zorgverzekering zijn in de zin van de Zorgverzekeringswet. De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad vermeld staat. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met "wij" en "ons". Deze verzekeringsonderneming kan ook een zorgverzekeraar zijn volgens de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Toelichting

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland geeft adviezen aan de zorgverzekeraars. Van deze vereniging zijn bijna alle zorgverzekeraars in Nederland lid.

Zorgverzekering

Een verzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeringswet

De wet die u verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg. De Zorgverzekeringswet zorgt ervoor dat iedereen die rechtmatig in Nederland woont of die in het buitenland woont maar in Nederland loonbelasting betaalt, voor deze zorg verzekerd is.

Zwangerschap

De lichamelijke toestand van de vrouwelijke verzekerde in de periode vanaf de bevruchting tot de bevalling.

2. Basis van de aanvullende zorgverzekering

2.1. Wie kan een aanvullende zorgverzekering afsluiten?

De aanvullende zorgverzekering kan worden gesloten door:

- a. de verzekeringsplichtige die een Zorgverzekering heeft afgesloten;
- b. degene die niet verzekeringsplichtig volgens de Zorgverzekeringswet is en die een andere hoofdverzekering heeft afgesloten dan een Zorgverzekering.

In bepaalde gevallen kunt u een aanvullende zorgverzekering ook sluiten, als u geen hoofdverzekering hebt gesloten of u een Zorgverzekering of andere hoofdverzekering elders hebt gesloten. Neemt u daarvoor contact met ons op.

2.2. De basis van de aanvullende zorgverzekering

U hebt bij ons een aanvullende zorgverzekering afgesloten. Deze aanvullende zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de informatie en verklaringen die wij hebben gekregen toen u de aanvullende zorgverzekering afsloot. Deze gegevens hebt u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) gegeven;
- b. de gegevens die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) hebt ingevuld op het aanvraagformulier;
- c. de gezondheidsverklaring die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) hebt ingevuld;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- d. eventuele ingevulde keuringsrapporten;
- e. de polis en polisaanhangsels;
- f. de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en de reglementen waarnaar wij in de Algemene Voorwaarden verwijzen;
- g. het Vergoedingen Overzicht;
- h. de Algemene Voorwaarden van uw hoofdverzekering als u die bij ons hebt gesloten;
- i. ons AWBZ-reglement;
- j. eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten;
- k. eventuele clausulebladen.

Wij gaan er vanuit, dat de informatie die derden (zoals een zorgverlener) aan ons geven, bij u bekend is. Wij beschouwen die informatie als van u afkomstig. Deze basis van de aanvullende zorgverzekering bepaalt uw rechten en plichten.

2.3. Elkaar uitsluitende aanvullende zorgverzekeringen

U (verzekeringnemer) kunt verschillende soorten aanvullende zorgverzekeringen afsluiten, voor uzelf en voor anderen. Sommige aanvullende zorgverzekeringen mag u niet tegelijkertijd hebben. Anders gezegd: sommige aanvullende zorgverzekeringen sluiten elkaar uit. Wij bepalen welke aanvullende zorgverzekeringen dat zijn. Hebt u al een aanvullende zorgverzekering en wilt u daarnaast een tweede aanvullende zorgverzekering? Dan beëindigen wij uw eerste aanvullende zorgverzekering als het gaat om aanvullende zorgverzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben. Dat doen wij op het moment dat uw nieuwe aanvullende zorgverzekering ingaat.

Toelichting

Groepen aanvullende zorgverzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben, zijn bijvoorbeeld

1. *de aanvullende zorgverzekeringen A, B en C.*
2. *de aanvullende zorgverzekeringen D en E.*

U mag uit de aanvullende zorgverzekeringen onder 1 maar één verzekering kiezen. Ook uit de aanvullende zorgverzekeringen onder 2 mag u maar één verzekering kiezen.

Hebt u een aanvullende zorgverzekering A en sluit u daarnaast een aanvullende zorgverzekering B af, dan beëindigen wij uw aanvullende zorgverzekering A op het moment dat uw aanvullende zorgverzekering B ingaat.

Wel mag u één aanvullende zorgverzekering kiezen onder 1 én één kiezen onder 2. Bijvoorbeeld de aanvullende zorgverzekeringen A en D mag u wel tegelijkertijd hebben voor één verzekerde.

2.4. Aanvullende zorgverzekeringen in gezinnen

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw polis kiezen uit de verschillende aanvullende zorgverzekeringen die wij aanbieden. Deze kunnen dus per verzekerde verschillen. Met andere woorden: voor de ene verzekerde kunt u een andere aanvullende zorgverzekering afsluiten dan voor een andere verzekerde.

Voor kinderen tot 18 jaar geldt een andere regeling:

- a. Voor deze verzekerden kunt u alleen kiezen uit die aanvullende zorgverzekeringen waarvoor ook één van de ouders verzekerd is. Voor kinderen tot 18 jaar mag u dus niet kiezen uit de aanvullende zorgverzekeringen waar géén van de ouders in het gezin voor verzekerd is;
- b. Kinderen tot 18 jaar zijn alleen gratis verzekerd als zij kiezen voort die aanvullende zorgverzekering waarvoor ook één van de ouders verzekerd is.

Welke situatie van toepassing is, is afhankelijk van de aanvullende zorgverzekering. Neemt u daarvoor contact met ons op.

2.5. Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij deze aanvullende zorgverzekering.

Toelichting "Contractspartij":

Alle verzekerden hebben recht op vergoeding van de verzekerde zorg. Maar alleen de verzekeringnemer, dus degene die de aanvullende zorgverzekering heeft afgesloten, mag deze opzeggen of wijzigen. Deze verzekeringnemer is onze contractspartij,

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

de persoon die het contract met ons heeft gesloten.

2.6. Nederlands recht

Voor uw aanvullende zorgverzekering geldt het Nederlandse recht.

2.7. Verzwijging

Voordat wij u voor de aanvullende zorgverzekering accepteren, stellen wij een aantal vragen aan u of aan derden (zoals uw zorgverlener). U moet deze vragen volledig en naar waarheid beantwoorden.

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen de aanvullende zorgverzekering meteen beëindigen. Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen, hebt u ook het recht de aanvullende zorgverzekering te beëindigen. De beëindiging gaat dan in op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarop wij uw verzoek om beëindiging ontvingen.

2.8. Misleiding

Hebt u de opzet gehad ons te misleiden, dan beëindigen wij de overeenkomst binnen twee maanden na deze ontdekking per direct. Wij vorderen alle vergoedingen terug die wij u vanaf de dag van de misleiding uit de aanvullende zorgverzekering hebben betaald.

3. Geldigheid van voorwaarden

3.1. Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen

Deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen gelden als niets anders staat in:

- a. een bijkomende of collectieve overeenkomst;
- b. het Vergoedingen Overzicht.

3.2. Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen, Vergoedingen Overzicht en eventuele aanvulling

Op uw polis staat vermeld welke voorwaarden van toepassing zijn. Zijn wij het niet met u eens over welke versie van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling geldig is of wat de tekst daarvan is? Dan gelden alleen de tekst en inhoud van de versies die wij hebben.

3.3. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij onze voorwaarden ook uitgeven in één of meer andere talen. Als er verschillen in inhoud of uitleg zijn, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij hebben.

3.4. Verandering van Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen, Vergoedingen Overzicht of polis

Als de voorwaarden, premie en/of vergoeding veranderen, laten wij dit aan u weten:

- a. Wij sturen u een nieuwe polis of sturen u een bericht als u een Internetzorgverzekering hebt, dat uw nieuwe polis op Internet staat. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum deze nieuwe polis geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polis niet meer.
- b. Wij sturen u, als u ons daar om vraagt, ook nieuwe Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Als u een Internetzorgverzekering hebt, kunt u deze ook via Internet bekijken. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe polis ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- c. Wij sturen u, als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Als u

een Internetzorgverzekering hebt, kunt u deze ook via Internet bekijken. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe polis ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert voor een aanvullende zorgverzekering, sturen wij u de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen toe. U kunt deze ook op Internet bekijken als u een aanvullende Internetzorgverzekering bij ons hebt afgesloten.

4. Begin, duur en einde van de aanvullende zorgverzekering

4.1. Begin en duur van de aanvullende zorgverzekering

De ingangsdatum van uw aanvullende zorgverzekering staat op uw polis. Sluit u een hoofdverzekering en aanvullende zorgverzekering gelijktijdig af dan gaan deze op hetzelfde moment is. U sluit de aanvullende zorgverzekering voor minimaal één heel jaar af.

Dit geldt niet:

- a. als wij in een Vergoedingen Overzicht, in een aanvullende overeenkomst of in een collectieve zorgverzekering een andere geldigheidsduur hebben afgesproken;
- b. voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende zorgverzekering op uw polis worden bijgeschreven. Hun aanvullende zorgverzekering loopt even lang als die van u.

Na de minimale duur verlengen wij de aanvullende zorgverzekering telkens automatisch van jaar tot jaar tenzij u of wij de aanvullende zorgverzekering beëindigen.

Toelichting "Minimale verzekeringsduur":

U meldt zich bijvoorbeeld aan voor een aanvullende zorgverzekering met een minimale verzekeringsduur van één jaar. Uw aanvullende zorgverzekering gaat in op 1 september 2008. Het jaar loopt in dit geval van 1 januari 2009 tot 1 januari 2010. Dat betekent dat u minimaal tot 1 januari 2010 bij ons verzekerd bent. Als wij of u de aanvullende zorgverzekering niet beëindigen, verlengen we de aanvullende zorgverzekering daarna telkens met een jaar.

Toelichting "Minimale verzekeringsduur na bijschrijving van een gezinslid":

U hebt bijvoorbeeld een aanvullende zorgverzekering met een minimale verzekeringsduur van één jaar. Deze gaat in op 1 januari 2008. In oktober 2008 krijgt u een baby. U schrijft deze baby bij op uw aanvullende zorgverzekering. Op 1 januari 2009 is de minimale geldigheidsduur van uw aanvullende zorgverzekering afgelopen, zowel voor u als voor de baby. Als u uw aanvullende zorgverzekering niet hebt opgezegd, blijft deze doorlopen. Er wordt verlengd met steeds één jaar. Op 1 januari 2009 gaat de verlenging van een jaar weer in, zowel voor u als voor de baby. U bent allebei tot minimaal 1 januari 2010 bij ons verzekerd.

4.2. Einde of verandering van een aanvullende zorgverzekering

4.2.1. U beëindigt de aanvullende zorgverzekering voor alle verzekerden door:

a. Het herroepen van uw aanvullende zorgverzekering

U (verzekeringnemer) mag de aanvullende zorgverzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- a. u moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke aanvullende zorgverzekering u wilt herroepen;
- b. de herroeping moet binnen 14 dagen nadat de aanvullende zorgverzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de aanvullende zorgverzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan al deze voorwaarden, dan kunnen wij de aanvullende zorgverzekering niet beëindigen door herroeping.

Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de aanvullende zorgverzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

aanvullende zorgverzekering, dan betalen wij die binnen dertig dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen aan u terug.

Had u tussen de ingangsdatum van de aanvullende zorgverzekering en de datum van herroeping zorg vergoed gekregen, dan betaalt u die aan ons terug binnen dertig dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

Toelichting "Herroepen":

Hieronder verstaan wij het volgende: u (verzekeringnemer) hebt zich aangemeld voor onze aanvullende zorgverzekering, de formulieren hiervoor ingevuld en opgestuurd en eventueel de polis van ons ontvangen. U krijgt spijt van uw beslissing. U (verzekeringnemer) kunt de aanvullende zorgverzekering dan herroepen: u laat ons binnen een bepaalde termijn (14 dagen nadat de aanvullende zorgverzekering is ingegaan of 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen) weten dat u de aanvullende zorgverzekering wilt stoppen. Wij herroepen dan de aanvullende zorgverzekering. Dat wil zeggen dat wij doen alsof deze aanvullende zorgverzekering nooit heeft bestaan.

b. schriftelijke opzegging bij einde minimale verzekeringsduur

U moet uw aanvullende zorgverzekering schriftelijk opzeggen. Dat doet u uiterlijk op 31 december. Uw aanvullende zorgverzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend. Zegt u na 1 januari op, is uw opzegging dus te laat en eindigt uw aanvullende zorgverzekering een jaar later op 1 januari. U moet wel rekening houden met de minimale geldigheidsduur van uw aanvullende zorgverzekering.

Toelichting "Opzegtermijn":

U hebt bijvoorbeeld een Aanvullende Zorgverzekering A afgesloten. Deze heeft een minimale geldigheidsduur van een jaar. De aanvullende zorgverzekering ging in op 1 september 2008. Op 1 januari 2010 is de minimale geldigheidsduur verstreken. Als u besluit dat u de Aanvullende Zorgverzekering A wilt beëindigen, moet uw schriftelijke opzegging vóór 1 januari 2010 bij ons binnen zijn. Wij beëindigen de Aanvullende Zorgverzekering A dan per 1 januari 2010. Komt uw opzegging bij ons op 3 januari 2010 binnen, dan beëindigen we de Aanvullende Zorgverzekering A per 1 januari 2011.

c. schriftelijke opzegging bij een verandering van de voorwaarden of premie

Wij hebben het recht de voorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de aanvullende zorgverzekering op te zeggen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw aanvullende zorgverzekering eindigt op de dag dat de verandering ingaat.

U kunt uw aanvullende zorgverzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

- 1) de voorwaarden of de premie door overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- 2) de voorwaarden of de premie waardoor u niet minder rechten of meer plichten krijgt;
- 3) de premie als deze wijzigt doordat u een bepaalde leeftijd bereikt. U weet tevoren al dat u die hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen;
- 4) de voorwaarden of de premie die niet te maken heeft met de aanvullende zorgverzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten.

U leest meer over ons recht de voorwaarden te veranderen in artikel 8.

Toelichting "Verandering van de voorwaarden":

Wij hebben het recht onze voorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten dat te doen, laten wij u dit schriftelijk weten. Als u het niet eens bent met de verandering, hebt u meestal het recht uw aanvullende zorgverzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur of de verlengingsperiode van één jaar nog niet voorbij. Zorgt u er dan voor dat u ons dit schriftelijk laat weten. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld. Wij beëindigen uw aanvullende zorgverzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

d. schriftelijke opzegging van uw collectieve aanvullende zorgverzekering als u verandert van werkgever

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve (aanvullende) zorgverzekering heeft afgesloten?

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve aanvullende zorgverzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve aanvullende zorgverzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot dertig dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve (aanvullende) zorgverzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de maand is of anders op de eerste dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve aanvullende zorgverzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve aanvullende zorgverzekering horen.

4.2.2. U beëindigt de aanvullende zorgverzekering voor één verzekerde

Hebt u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd, dan kunt u de aanvullende zorgverzekering voor die verzekerde ook in de loop van het jaar opzeggen als deze via een andere zorgverzekering en een andere aanvullende zorgverzekering wordt verzekerd:

- a. Als u (verzekeringnemer) de aanvullende zorgverzekering schriftelijk opzegt voordat de nieuwe aanvullende zorgverzekering ingaat, eindigt de aanvullende zorgverzekering op de dag waarop de nieuwe aanvullende zorgverzekering ingaat.
- b. Zegt u (verzekeringnemer) de aanvullende zorgverzekering schriftelijk op nadat de nieuwe aanvullende zorgverzekering is ingegaan, dan eindigt de aanvullende zorgverzekering na afloop van een volledige maand.

Toelichting

Voorbeeld 1

Zegt u (verzekeringnemer) de aanvullende zorgverzekering op 15 april op omdat de verzekerde per 1 mei via een andere aanvullende zorgverzekering verzekerd is, dan eindigt de aanvullende zorgverzekering per 1 mei (de ingangsdatum van de nieuwe aanvullende zorgverzekering).

Voorbeeld 2

U (verzekeringnemer) zegt op 15 april de aanvullende zorgverzekering voor de verzekerde op. Deze verzekerde is namelijk per 1 april via een andere aanvullende zorgverzekering verzekerd. De opzegtermijn is dan een volledige maand. April geldt als halve kalendermaand. Mei geldt als volledige maand. Dat betekent dat de aanvullende zorgverzekering eindigt op 1 juni.

4.2.3. Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering van alle verzekerden

Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering van alle verzekerden in de volgende gevallen:

- a. U (verzekeringnemer) sluit een andere vervangende, aanvullende zorgverzekering af. Dat doet u nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan. Wij beëindigen de lopende aanvullende zorgverzekering van alle verzekerden op de ingangsdatum van uw nieuwe vervangende, aanvullende zorgverzekering.

Toelichting "Verandering van de aanvullende zorgverzekering":

U hebt bijvoorbeeld de volgende verzekeringen bij ons afgesloten: een Zorgverzekering en de Aanvullende Zorgverzekering A. U wilt in plaats van uw Aanvullende Zorgverzekering A een Aanvullende Zorgverzekering B afsluiten. U stuurt ons hierover vóór 1 december een verzoek. Wij kijken of de minimale geldigheidstermijn of de verlengingsperiode van uw Aanvullende Zorgverzekering A is verstreken. Is dat het geval en gaan wij met de wijziging akkoord, dan beëindigen wij op 1 januari uw Aanvullende Zorgverzekering A. Op die datum gaat uw nieuwe Aanvullende Zorgverzekering B in.

- b. U betaalt uw premie niet of u komt uw andere verplichtingen die in deze algemene voorwaarden staan, niet na. Wij bepalen het moment waarop in die gevallen de aanvullende zorgverzekering eindigt.
- c. U maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen zouden wij, als wij de waarheid hadden geweten, geen aanvullende zorgverzekering hebben gesloten. Wij hebben het recht om zowel uw aanvullende zorgverzekering als uw zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- d. Als u (verzekeringnemer) een aanvullende zorgverzekering hebt afgesloten die alleen bedoeld is voor mensen die in een collectiviteit of bepaalde branche, sector, bedrijfstak of andere onderverdeling werken en u ophoudt hier te werken. Wij beëindigen uw aanvullende zorgverzekering op de eerste dag van de maand nadat u ons dit hebt meegedeeld. Op dat moment eindigt ook de premiekorting die samenhangt met deelname aan die collectiviteit. Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) met uw werkzaamheden ophoudt doordat u arbeidsongeschikt wordt, vervroegd uittreedt of gebruik maakt van een wachtgeldregeling. In dat geval beëindigen wij de aanvullende zorgverzekering niet. U behoudt dan ook de eventuele premiekorting die samenhangt met deelname aan die collectiviteit.
- e. Als de informatie die u ons bij het afsluiten van de aanvullende zorgverzekering hebt gegeven (zoals genoemd in artikel 2.2.) onjuist of onvolledig blijkt te zijn, kunnen wij de aanvullende zorgverzekering per direct beëindigen.

4.2.4. Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering van één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering van één verzekerde op het moment dat van (één van) de volgende situaties sprake is:

- a. De verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van uw (verzekeringnemer) gezin;
- b. De verzekerde overlijdt. Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering wel voor de overledene, maar niet voor de gezinsleden;
- c. Het verblijf van u (verzekerde) in het buitenland is volgens deze voorwaarden niet langer als tijdelijk te beschouwen (zie omschrijving van "tijdelijk verblijf in het buitenland"). Bovendien hebben wij u geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om uw aanvullende zorgverzekering te behouden.

Als van (één van) bovenstaande situaties sprake is, moet u dit schriftelijk aan ons melden. Wij moeten die melding uiterlijk binnen 30 dagen nadat van de betreffende situatie sprake is, hebben ontvangen.

4.2.5. U verandert de aanvullende zorgverzekering

U kunt de aanvullende zorgverzekering voor één, meer of alle verzekerden veranderen. Verandering van de aanvullende zorgverzekering kan door een:

- a. schriftelijk verzoek.
U kunt de aanvullende zorgverzekering voor één of meerdere verzekerden veranderen. Stuur ons daarvoor een schriftelijk verzoek. Dit verzoek moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. Uw aanvullende zorgverzekering verandert op 1 januari daarop volgend. Is uw verzoek na 31 december bij ons binnen? Dan wijzigt de aanvullende zorgverzekering pas een jaar later op 1 januari. Voorwaarde is wel dat wij met de wijziging akkoord gaan. Uw aanvullende zorgverzekering verandert niet met terugwerkende kracht. Houdt u er rekening mee dat u pas uw aanvullende zorgverzekering kunt veranderen als de minimale geldigheidsduur van uw aanvullende zorgverzekering voorbij is.
- b. schriftelijk verzoek bij verandering van de voorwaarden.
Wij hebben het recht de voorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de aanvullende zorgverzekering te beëindigen of te wijzigen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. De lopende aanvullende zorgverzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Op dat moment gaat ook uw nieuwe aanvullende zorgverzekering in. U kunt uw aanvullende zorgverzekering niet veranderen als het gaat om een verandering van:
 - 1) de voorwaarden of de premie door overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
 - 2) de voorwaarden of de premie waardoor u niet minder rechten of meer plichten krijgt;
 - 3) de premie als deze wijzigt doordat u een bepaalde leeftijd bereikt. U weet tevoren al dat u die hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen;
 - 4) de voorwaarden of de premie die niet te maken heeft met uw aanvullende zorgverzekering.

4.3. Kinderen (verzekerden jonger dan 18 jaar)

Voor elke verzekerde op de polis kunt u een of meerdere aanvullende zorgverzekeringen afsluiten. De aanvullende zorgverzekering van een kind moet hetzelfde zijn als die van (één van) de ouders. Heeft

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

het kind meerdere aanvullende zorgverzekeringen, dan moet minstens één van de ouders diezelfde serie aanvullende zorgverzekeringen hebben. Als die ouder zijn aanvullende zorgverzekeringen verandert, en dus een andere serie aanvullende zorgverzekeringen krijgt, veranderen wij ook de serie aanvullende zorgverzekeringen van het kind.

Als de ouders verschillende series aanvullende zorgverzekeringen hebben, mag u aangeven volgens welke serie het betreffende kind verzekerd moet worden. Hebben de ouders geen serie, maar één aanvullende zorgverzekering (die per verzekerde kan verschillen), dan mag u bepalen volgens welke uw kind verzekerd wordt. De wijziging van de aanvullende zorgverzekering(en) van het verzekerde kind gaat in op dezelfde datum waarop de gewijzigde serie aanvullende zorgverzekering(en) voor de ouder(s) ingaat.

Toelichting

Stel: Een gezin heeft de volgende series van aanvullende zorgverzekeringen:

Vader heeft aanvullende zorgverzekering A + B

Moeder heeft aanvullende zorgverzekering A + C

Kind van 10 heeft aanvullende zorgverzekering A + B (dezelfde serie aanvullende zorgverzekeringen als zijn vader).

Vader verandert zijn aanvullende zorgverzekering en kiest voor A + D in plaats van A + B

De aanvullende zorgverzekeringen van het kind van 10 moeten dan ook worden veranderd. Het kind kan dan verzekerd worden voor aanvullende zorgverzekering A + C of voor aanvullende zorgverzekeringen A + D (één van de series waarvoor ook één van zijn ouders heeft gekozen).

4.4. Hechtenis/gevangenschap

Als u in hechtenis wordt genomen of in de gevangenis moet of u bent daartoe veroordeeld, moet u ons dat vooraf melden. Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering dan niet. Wel schorten wij de vergoeding en premieplicht tijdens de duur van de hechtenis en gevangenschap tijdelijk op. U hoeft tijdens deze periode dan dus geen premie te betalen, maar kunt ook geen vergoeding op grond van uw aanvullende zorgverzekering krijgen.

5. Premie en kosten

5.1. Kosten

5.1.1. Kostenopbouw

De kosten die u (verzekeringnemer) voor uw aanvullende zorgverzekering moet betalen, bestaan uit:

- a. de premie;
- b. belastingen die wij volgens de wet of een verdrag moeten overdragen aan bepaalde instanties;
- c. bedragen die wij rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald maar die u (verzekeringnemer) zelf had moeten betalen. Dat kan bijvoorbeeld komen omdat ze onder de eigen bijdrage van uw aanvullende zorgverzekering vallen of omdat ze boven een maximum vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering uitkomen;
- d. eventuele toeslagen en andere kosten. Hieronder vallen onder andere:
 - 1) een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening;
 - 2) een toeslag op de premie voor ieder kind jonger dan 18 jaar waarvoor u een aanvullende zorgverzekering afsluit. Wij brengen deze toeslag alleen in rekening als de gezinsleden van 18 jaar of ouder geen aanvullende zorgverzekering bij ons hebben afgesloten. Wij brengen de toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
 - 3) een toeslag op de premie voor iedere verzekerde waarvoor bij ons wel een aanvullende zorgverzekering, maar geen hoofdverzekering is afgesloten. Wij brengen deze toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
 - 4) een toeslag op de premie doordat u een bepaalde leeftijd bereikt.

5.1.2. Kostenberekening

Wij stellen vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en wanneer u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Voor de vaststelling van de hoogte van de kosten kunnen de volgende onderdelen van belang zijn:

- a. het aantal verzekerden;
- b. hun huidige leeftijd;
- c. de soort aanvullende zorgverzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten.

toelichting

De premie voor uw aanvullende zorgverzekering kan afhankelijk zijn van uw leeftijd, maar dat hoeft niet. Dat kan van aanvullende zorgverzekering tot aanvullende zorgverzekering verschillen. Soms blijft de premie - uiteraard behoudens jaarlijkse premieaanpassingen - ongeacht uw leeftijd dezelfde. In andere gevallen is uw premie van uw leeftijd afhankelijk. Als u bijvoorbeeld 30, 40 of 50 jaar wordt, passen we de premie aan. Dat kan ook het geval zijn op andere leeftijden. U weet dit vooraf bij het sluiten van de aanvullende zorgverzekering wat voor soort premie van toepassing is.

5.2. Betaling

5.2.1. Verschuldigde kosten

U (verzekeringnemer) moet de kosten die u ons verschuldigd bent in een Nederlands wettig betaalmiddel betalen.

5.2.2. Aansprakelijkheid

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten. Als u (verzekeringnemer) overlijdt of niet meer bevoegd bent om zelfstandig over uw vermogen te beschikken, is elke verzekerde op de polis persoonlijk aansprakelijk voor de betaling van alle verschuldigde kosten. Deze aansprakelijkheid eindigt op het moment dat wij één van de verzekerden als nieuwe verzekeringnemer accepteren. Vanaf dat moment is de nieuwe verzekeringnemer weer verantwoordelijk voor de betaling.

5.2.3. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Bij het afsluiten van uw aanvullende zorgverzekering spreken wij met u (verzekeringnemer) af voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. Hebt u met ons een betalingsperiode afgesproken van één kwartaal, één halfjaar of één jaar, dan kunt recht hebben op een korting op de premie. In dat geval staat deze korting op uw polis. Het totale bedrag dat u ons verschuldigd bent, moet uiterlijk vóór de eerste dag van de betalingsperiode in ons bezit zijn.

5.2.4. Manier van vooruit betalen

Bij het afsluiten van uw aanvullende zorgverzekering hebt u (verzekeringnemer) ook met ons afgesproken hoe u de verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling of een premienota.

5.2.5. Automatische incasso

Wij kunnen met u (verzekeringnemer) afspreken dat wij de verschuldigde kosten per betalingsperiode van uw bankrekening afschrijven. In dat geval blijft u verantwoordelijk om tijdig te betalen. U moet er dus voor zorgen dat er voldoende saldo op uw bankrekening staat.

5.2.6. Aanmelding van een nieuwe verzekerde in een periode

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt voor de aanvullende zorgverzekering, betaalt u voor die verzekerde alleen kosten over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode. Deze kosten moet u voor het begin van dit overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode aan ons betaald hebben.

5.2.7. Hechtenis/gevangenschap

Als u in hechtenis of in de gevangenis zit, bent u geen premie en kosten aan ons verschuldigd voor uw aanvullende zorgverzekering.

5.3. Betalingsachterstand

5.3.1. Geen recht op vergoeding en beëindiging

Wij kunnen de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering opschorten (schorsen) en ook uw aanvullende zorgverzekering beëindigen als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting tegenover ons voldoet. Wij kunnen de volgende maatregelen treffen:

- a. Betaalt u (verzekeringnemer) niet op tijd, dan sturen wij u eerst een aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen. De termijn die in de aanmaning wordt aangegeven, gaat in op de dag ná de aanmaning. Betaalt u dan nog niet op tijd, dan hebt u geen recht meer op (vergoeding van kosten van) zorg (opschorten vergoeding/schorsing) vanaf de dag dat u de premie in eerste instantie had moeten betalen. Wij vermelden dit ook op de aanmaning. U hebt weer recht op (vergoeding van kosten van) zorg vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen alsnog bij ons binnen zijn.
- b. Ook als wij de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering hebben opgeschort/geschorst, blijft u verplicht ons premie te betalen. Doet u dat niet, dan sturen wij u een tweede aanmaning. Wij treffen ook maatregelen tot incasso en beëindigen uw aanvullende zorgverzekering. Wij vermelden dit ook op de tweede aanmaning. Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering niet met terugwerkende kracht. U (verzekeringnemer) blijft ons de premie verschuldigd over de tijd dat u wel verzekerd was. Daarnaast komen alle incassokosten voor uw rekening.

5.3.2. Wanneer kunt u (verzekeringnemer) de aanvullende zorgverzekering niet opzeggen?

Uw opzegmogelijkheden die wij hiervoor hebben aangegeven, gelden niet in het volgende geval:

- U (verzekeringnemer) hebt de premie die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een aanmaning gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal veertien dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de vergoeding van de aanvullende zorgverzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen veertien dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de premie en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald heeft, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruik maken van uw opzegmogelijkheden.

5.3.3. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met de betaling? Dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen:

- a. altijd eerst de schuld af van uw zorgverzekering (hoofdverzekering) die u bij ons hebt gesloten en pas daarna de schuld van uw aanvullende zorgverzekering;
- b. het langst openstaande deel van uw schuld van uw aanvullende zorgverzekering af. Als de openstaande schuld bestaat uit bedragen uit meerdere perioden, doordat u langere tijd niet hebt betaald, kunt u de schuld niet splitsen. De schuld moet in zijn geheel betaald worden.

Toelichting "Splitsen van schulden mag niet":

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld de kosten van uw aanvullende zorgverzekering over een periode van drie maanden niet betaald. Deze kosten kunnen zijn opgebouwd uit premie en andere kosten. U (verzekeringnemer) moet deze kosten in zijn geheel betalen. U kunt dus niet zelf bepalen dat u de premie over deze periode wel betaalt en de andere poliskosten niet. U kunt ook niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand. En ook kunt u zelf niet bepalen dat u wel de premie van de zorgverzekering (hoofdverzekering) betaalt en niet die van de aanvullende zorgverzekering.

5.3.4. Verrekening

- a. U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerden) nog van ons tegoed hebt.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- b. Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerde) van ons krijgt. Het gaat daarbij om bedragen die u van ons krijgt uit de aanvullende zorgverzekering, maar ook om bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerde) van ons krijgt uit andere verzekeringen die u bij ons hebt afgesloten.

Toelichting "Geen verrekening door u":

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een premieschuld van € 200,-. U stuurt ons voor € 100,- aan nota's op. Wij beoordelen of deze nota's voor vergoeding in aanmerking komen. U (verzekeringnemer) mag deze nota's daarom niet van uw schuld aftrekken. Uw schuld blijft € 200,-.

Toelichting "Wel verrekening door ons":

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een schuld openstaan van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- aan nota's op. Het gaat om nota's van zorg die helemaal onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering vallen. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u (verzekeringnemer) € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw schuld is daarmee afgelost.

5.3.5. Vertragingsschade

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand hebt, betaalt u ons één procent vertragingsschade per maand over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u de kosten die wij maakten om de bedragen bij u te innen helemaal aan ons betalen.

5.4. Na beëindiging van uw aanvullende zorgverzekering

5.4.1. Schuld over een beëindigde aanvullende zorgverzekering

Als u ons nog kosten moet betalen voor een aanvullende zorgverzekering die inmiddels beëindigd is volgens artikel 5.3.1. en u sluit een nieuwe aanvullende zorgverzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe aanvullende zorgverzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- uw huidige, lopende aanvullende zorgverzekering te beëindigen;
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare kosten betaald hebt. De nota's die u (verzekeringnemer en verzekerde) in de tussenliggende periode indient voor uw nieuwe aanvullende zorgverzekering, vergoeden wij niet totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde kosten aan ons hebt betaald.

5.4.2. Premie teveel betaald bij einde aanvullende zorgverzekering in de loop van een betalingsperiode

- Eindigt uw aanvullende zorgverzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- Als uw aanvullende zorgverzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen we de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe aanvullende zorgverzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw aanvullende zorgverzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode, van het betaalde bedrag niets terug.

6. (Kosten van) zorg die wij niet vergoeden

De volgende (kosten van) zorg vergoeden wij niet:

6.1. Zorg door bestaande ziekte bij aanvraag aanvullende zorgverzekering

Hebt u zorg nodig als gevolg van een ziekte of afwijking, waar wij u voor een medische of tandheelkundige beoordeling naar gevraagd hebben bij uw aanmelding? Deze zorg vergoeden wij niet als deze ziekte of afwijking al bij u bekend was of klachten veroorzaakte toen u uw aanvullende zorgverzekering hebt aangevraagd. U of de verklarende zorgverlener heeft dit niet (op onze uitdrukkelijke vragen) aan ons gemeld. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel.

6.2. Kosten van zorg die onder een andere verzekering vallen

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- a. Kosten die u - als uw aanvullende zorgverzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:
 - 1) een andere overeenkomst ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende zorgverzekering); of
 - 2) een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling; of
 - 3) een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling zoals bij voorbeeld Rijksvaccinatieprogramma's; of
 - 4) een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag.
- b. Kosten:
 - 1) die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland, en;
 - 2) die vallen onder de vergoeding van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering, inclusief een vergoeding voor medische kosten in het buitenland, of die de reisverzekeraar op andere gronden heeft betaald of voorgeschoten, en;
 - 3) die de (reis)verzekeraar, bij wie de (reis)verzekering afzonderlijk is gesloten, bij ons declareert.
- c. Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen op grond van een andere regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

6.3. Behandelingen en kosten die wij niet vergoeden

De (kosten van) de volgende behandelingen vergoeden wij niet:

- a. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
- b. Behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- c. Behandelingen van plastisch chirurgische aard;
- d. Preventieve onderzoeken, controles en behandelingen en/of bevolkingsonderzoeken;
- e. Kosten die veroorzaakt zijn door of te maken hebben met:
 - 1) keuringen;
 - 2) het afgeven van attesten;
 - 3) vaccinaties tegen kinderziekten.
- f. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;
- g. Kosten die te maken hebben met:
 - 1) sportmassage;
 - 2) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - 3) bedrijfshulpverleningscursussen.
- h. Kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt;
- i. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
- j. Behandelingen die niet medisch of tandheelkundig noodzakelijk zijn;
- k. Behandelingen die niet te beschouwen zijn als verantwoorde en geschikte zorg;
- l. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie, taalonderzoek, spellingsonderzoek, anderstaligheid of behandelingen met een onderwijskundig doel;
- m. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- n. Kosten voor betaling op, naar of vanuit bankrekeningen buiten Nederland;
- o. Kosten voor te late betaling van nota's die door de zorgverlener rechtstreeks naar u zijn gestuurd.

Wij vergoeden bovengenoemde zorg wel als op een andere plaats in deze Algemene Voorwaarden en in het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat deze zorg wel onder de vergoeding valt of deze zorg daaronder wordt begrepen.

6.4. Kosten voor eigen rekening

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. De wettelijke eigen bijdragen die u moet betalen volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet. Wij vergoeden deze kosten wel als dat zo in deze voorwaarden of op het Vergoedingen Overzicht staat;
- b. Kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de Zorgverzekeringswet. Wij vergoeden deze kosten wel als dat zo in deze voorwaarden of op het Vergoedingen Overzicht staat
- c. Kosten die volgens uw hoofdverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend door een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten. Het is mogelijk dat u daardoor uit de hoofdverzekering een lagere vergoeding krijgt dan u zou hebben gekregen wanneer de zorg zou zijn geleverd door een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij wel een overeenkomst hebben gesloten.

6.5. Kosten door geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Kosten door geweld. Dat zijn de kosten die veroorzaakt zijn door of te maken hebben met:
 - 1) een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand of binnenlandse onlusten;
 - 2) oproer of munitie;
 - 3) terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk noemen wij dit "terrorismerisico").

Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen vergoeden wij wél voor zover wij deze kunnen betalen van het bedrag:

- dat wij uit de herverzekering ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam of
- dat wij uit de herverzekering zouden hebben ontvangen, als wij de herverzekering zouden hebben gesloten.

Onder de herverzekering van de N.H.T. vallen kosten van deze gebeurtenissen als die in Nederland plaatsvinden, maar ook als zij in het buitenland plaatsvinden. Verzekerden die buiten Nederland wonen, vallen niet onder deze herverzekering en kunnen dus geen vergoeding krijgen.

Bij de vormen van geweld onder nummers 1) en 2) gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Bij de vormen van geweld onder nummer 3) gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die de (N.H.T.) heeft vastgelegd in het laatst geldende "polisblad terrorismedekking" van de N.H.T.

Toelichtingen

"Terrorisme, kwaadwillige besmetting en preventieve maatregelen" zijn bij de N.H.T. als volgt omschreven:

Terrorisme:

"gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Kwaadwillige besmetting:

“het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Preventieve maatregelen:

“van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken”.

Herverzekering van de N.H.T.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Als sprake is van een aanpassing meldt de N.H.T. dit in drie landelijke dagbladen.

Polisblad terrorisme

Bijna alle verzekeraars maken van de herverzekering van de N.H.T. gebruik. Er is ook één landelijk “polisblad Terrorisme” uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite www.terrorismeverzekerd.nl.

b. Kosten door schuld

Dit zijn kosten die ontstaan zijn:

- 1) door uw grove schuld, door uw (bewuste of onbewuste) roekeloosheid, door uw (voorwaardelijke) opzet of met uw instemming;
- 2) door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelend arts of therapeut;
- 3) doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig tegenwerkt of tegenhoudt.

c. Kosten door misdrijf, overtreding of fraude

Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van het (mede)plegen van, het medeplichtig zijn aan of het doen van een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Onder fraude verstaan wij het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke gronden en/of manieren krijgen van vergoeding van ons of een verzekeringsovereenkomst met ons.

Deze bepaling is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener of leverancier).

In deze gevallen zullen wij de vergoeding naar evenredigheid verlagen. Deze verlaging vindt alleen plaats als wij, wanneer wij de waarheid hadden geweten, een hogere premie zouden hebben vastgesteld.

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- 1) aangifte doen bij de politie;
- 2) de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- 3) een registratie doen in de door verzekeraars gebruikte signaleringssystemen;
- 4) een uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

6.6. Kosten door atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan vergoeden wij de kosten wel als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. De Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- b. De plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- c. Volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de geleden schade.

Toelichting

Een voorbeeld van de kosten die wij wel vergoeden, zijn de kosten van bestraling bij kankerpatiënten. Bij deze bestraling zijn atoomkernreacties betrokken. De kosten van deze bestraling vergoeden wij wel, ook al hebben de kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

6.7. Rekeningen die u te laat indient

Het kan voorkomen dat de zorgverlener de kosten niet rechtstreeks bij ons declareert maar aan u een nota stuurt. In dat geval moet u die originele nota volgens de wetgeving binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend aan ons opsturen. Stuurt u nota's later in, dan komen deze niet meer voor vergoeding in aanmerking. Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

6.8. Zorg tijdens hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op vergoeding van zorg of kosten daarvan. Dat geldt ook als de zorg die u ontvangt wel onder de vergoeding van de aanvullende zorgverzekering valt.

7. Informatie en registratie

7.1. Het geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken of doet u een onjuiste opgave, dan:

- a. hebt u geen enkele aanspraak meer op vergoeding van kosten;
- b. vorderen wij alle vergoedingen die u van ons voor zorg ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- c. hebben wij binnen twee maanden nadat wij ontdekten dat u ons misleidde, het recht de zorgverzekering per direct te beëindigen;
- d. doen wij hiervan een melding in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH);
- e. zullen wij gedurende een periode van vijf jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe zorgverzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

7.2. Het doorgeven van belangrijke gebeurtenissen

U (verzekeringnemer) bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen een maand aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- a. verhuizing;
- b. geboorte of adoptie;
- c. overlijden;
- d. echtscheiding;
- e. veranderingen in de gezinssamenstelling;
- f. begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- g. begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst.

Wij gaan er vanuit dat u deze zaken tijdig aan ons doorgeeft. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van

de aanvullende zorgverzekering in op een moment dat wij bepalen. Wij gaan er ook vanuit dat berichten die wij toesturen aan het laatste adres dat van u bij ons bekend is, bij u aankomen.

Toelichting "verhuizing":

Wij hebben de juiste adresgegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens vallen daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, faxnummer, e-mailadres, enz.

Toelichting "Verandering van de gezinssamenstelling":

Door bijvoorbeeld geboorte of overlijden verandert de samenstelling van uw gezin en daarmee van de aanvullende zorgverzekering. Ook als uw kind trouwt of gaat studeren, kan de samenstelling van uw gezin veranderen. Dat kan ook gevolgen hebben voor uw aanvullende zorgverzekering. Als dat gebeurt, moet u dat aan ons doorgeven, zodat wij uw aanvullende zorgverzekering kunnen veranderen.

7.3. Verhaalsmogelijkheden

Krijgt u zorg die het gevolg is van omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen die u overkomen zijn? U bent dan verplicht dit meteen en uiterlijk binnen veertien dagen aan ons te laten weten als wij derden aansprakelijk kunnen stellen voor de kosten van deze zorg. Zie ook artikel 11.11..

7.4. Registratie van persoonsgegevens

De persoonsgegevens die u bij de aanvraag van de aanvullende zorgverzekering of later aan ons geeft, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij gebruiken deze gegevens alleen voor doelen die in de verzekeringsvoorwaarden of in geldende privacyregelgeving zijn genoemd en die we bij het College Bescherming Persoonsgegevens hebben gemeld.

7.5. Verwerking persoonsgegevens

De persoonsgegevens die wij in onze administratie opnemen, verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- a. het beoordelen en accepteren van verzekerden, het aangaan en uitvoeren van aanvullende zorgverzekeringen en het afwickelen van het betalingsverkeer;
- b. het gebruik van persoonsgegevens voor statistisch en wetenschappelijk doel;
- c. het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten om een relatie tot stand te brengen, in stand te houden of uit te breiden;
- d. het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector. Daaronder valt ook het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de bedrijfstak waar wij deel van uitmaken, en het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- e. het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

7.6. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de aanvullende zorgverzekering ingaat:

- a. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de aanvullende zorgverzekering na te kunnen komen;
- b. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen geven als wij dit nodig vinden om de uitvoering van uw aanvullende zorgverzekering doelmatiger te laten verlopen;
- c. met zorgverleners en leveranciers van goederen onderhandelen over de kosten en zondig (en dan op onze kosten) tegen hen procederen;
- d. uw persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw aanvullende zorgverzekering(en) opnemen in onze administratie. Daaronder valt het Burger Service Nummer (BSN) dat wij moeten gebruiken bij het contact met zorgverleners;
- e. uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of ermee procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen.

Wij houden ons bij deze informatieverstrekking en registratie aan de geldende privacyregelgeving.

Toelichting "Informatie geven aan derden":

Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw aanvullende zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandeld heeft, weet hoe u

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

bent verzekerd. Om die reden kunnen de zorgverleners bij ons uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. De zorgverleners mogen deze gegevens alleen inzien als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners geen inzage kunnen hebben in uw adresgegevens, kunt u dit aan ons laten weten. Wij kunnen uw adresgegevens dan afschermen.

7.7. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw aanvullende zorgverzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk “Protocol materiële controle” en het landelijk “Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen”. De protocollen zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. U bent verplicht er uw medewerking aan te verlenen.

8. Verandering van de voorwaarden

8.1. Ons recht op verandering

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden, de vergoedingen en de hoogte van de premie tijdens de duur van de aanvullende zorgverzekering te veranderen. Wij mogen dit voor één of meer aanvullende zorgverzekeringen doen of voor alle aanvullende zorgverzekeringen.

Toelichting

Met verandering bedoelen wij in dit artikel een verandering die geldt in het algemeen. Het gaat bijvoorbeeld om een verandering van de premie doordat bepaalde tarieven zijn gestegen. Het gaat in dit artikel dus niet om een verandering die alleen voor u geldt. Het gaat om een verandering die geldt voor al onze verzekerden die dezelfde aanvullende zorgverzekering als u hebben.

8.2. Uw recht de aanvullende zorgverzekering op te zeggen of te veranderen

Wij stellen u schriftelijk van een verandering zoals bedoeld in artikel 8.1 op de hoogte. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de aanvullende zorgverzekering op te zeggen of te veranderen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw zorgverzekering eindigt of verandert op de dag dat de verandering ingaat.

U kunt uw aanvullende zorgverzekering niet opzeggen en ook geen andere aanvullende zorgverzekering kiezen in de gevallen die genoemd worden in artikel 8.3.

8.3. Geen recht de aanvullende zorgverzekering op te zeggen of te veranderen

U hebt niet het recht uw aanvullende zorgverzekering op te zeggen of te veranderen als het gaat om een verandering van de voorwaarden, vergoeding of premie:

- a. als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- b. die er niet voor zorgt dat u minder rechten of meer plichten krijgt;
- c. doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt waardoor de hoogte van uw premie verandert. U weet tevoren al dat u de hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen;
- d. die niet te maken heeft met de aanvullende zorgverzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten.
- e. als u een betalingsachterstand heeft als bedoeld in artikel 5.3.

9. Wat kunt u doen bij klachten?

Hebt u klachten over ons? Laat het ons weten. Wij behandelen uw klacht zo goed mogelijk. Vindt u dat dit ons niet lukt, dan leest u in dit artikel ook wat u in dat geval verder kunt doen.

9.1. Schriftelijke klacht

Als u het niet eens bent met de manier waarop wij uw aanvullende zorgverzekering uitvoeren of als u

andere klachten hebt, kunt u dit aan ons laten weten. Maar doet u dat dan wel schriftelijk. U kunt uw klacht richten aan uw contactpersoon. Komt u met de contactpersoon en/of diens manager niet tot overeenstemming, dan beslist indien noodzakelijk Raad van Bestuur over uw klacht. Wij stellen u van de uitkomst op de hoogte.

9.2. Niet eens?

Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur en zijn uw klachten niet weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- a. u kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter.
- b. u kunt uw klacht ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen.

9.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

10. Wat als een situatie niet in de voorwaarden is geregeld?

In alle gevallen waarvoor in deze voorwaarden niets is geregeld, beslist onze Raad van Bestuur hoe wij daarmee omgaan.

11. Algemene voorwaarden van vergoedingen

11.1. Algemeen

Een aanvullende zorgverzekering wordt altijd afgesloten door een verzekeringnemer. De polis staat op zijn of haar naam. Deze persoon is degene die verantwoordelijk is voor de betaling van de premie. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn.

Zijn er meerdere mensen verzekerd, dan zijn de overige personen verzekerden. Zij zijn geen verzekeringnemer: de aanvullende zorgverzekering staat niet op hun naam en zij zijn niet verantwoordelijk voor het betalen van de premie. Wel hebben zij recht op een vergoeding van de gemaakte kosten.

Elke verzekeringnemer en verzekerde heeft een nummer van ons gekregen: een relatienummer. U vindt het relatienummer op de polis terug. Dient u een rekening bij ons in, dan maakt u gebruik van het notabegeleidingsformulier. Hierop geeft u aan welke verzekerde de zorg is geleverd. Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding, wordt deze vergoeding betaald aan de verzekeringnemer.

11.2. Hoe weet u wat u vergoed krijgt

Als u bij ons verzekerd bent, wilt u natuurlijk ook weten waar u recht op hebt. Dat hebben we in drie documenten vastgelegd: de polis, het Vergoedingen Overzicht en deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen.

a. Polis

De polis is uw verzekeringsdocument. Hierop staat wie er verzekerd zijn, welke aanvullende zorgverzekeringen zij hebben afgesloten en hoe hoog de premie is. Als er veranderingen optreden, zenden wij u per post een nieuwe polis toe.

Hebt u een aanvullende Internetzorgverzekering bij ons afgesloten dan vindt u de nieuwe polis op onze site. Wij brengen u in dat geval via e-mail van de verandering op de hoogte.

Controle van de polis

Wij gaan er vanuit dat de gegevens op uw aanvraag van u afkomstig te zijn. U moet de gegevens op het polisblad zorgvuldig controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Doet u dit niet, dan gaan we er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

b. Deel 1: Vergoedingen Overzicht

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u het Vergoedingen Overzicht toe. Wilt u later een nieuw Vergoedingen Overzicht van ons ontvangen, dan moet u dit bij ons aanvragen. Wij sturen u het Vergoedingen Overzicht dus niet jaarlijks automatisch toe. U kunt het Vergoedingen Overzicht ook altijd bekijken op onze website. Als u een aanvullende Internetzorgverzekering hebt afgesloten, vindt u via uw persoonlijke pagina op onze website uw Vergoedingen Overzicht.

Op het Vergoedingen Overzicht staat per aanvullende zorgverzekering:

1. welke kosten van zorg wij vergoeden;
2. hoeveel wij per verzekerde vergoeden;
3. een verwijzing naar een artikel van deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. In het betreffende artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de kosten van zorg vergoed te krijgen.

c. Deel 2: Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u naast het Vergoedingen Overzicht ook de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen toe. Wilt u hierna nieuwe voorwaarden ontvangen, dan moet u deze bij ons aanvragen. Wij sturen u de voorwaarden niet automatisch jaarlijks toe. U kunt de voorwaarden ook altijd bekijken op onze website.

Als u een aanvullende Internetzorgverzekering hebt afgesloten, raadpleegt u de Algemene Voorwaarden via onze website.

Wij hebben verschillende soorten aanvullende zorgverzekeringen waaruit u kunt kiezen. In deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen beschrijven we alle behandelingen uit de verschillende soorten aanvullende zorgverzekeringen. Dus ook behandelingen die niet in uw aanvullende zorgverzekering voorkomen.

De behandelingen die in deze voorwaarden zijn beschreven, vallen dus niet automatisch onder de vergoeding! Ook krijgt u de behandelingen niet automatisch volledig vergoed. Kijk op het Vergoedingen Overzicht welke behandelingen uw aanvullende zorgverzekering vergoedt en hoe hoog die vergoeding is. Voor behandelingen die niet in het Vergoedingen Overzicht worden genoemd en waar dus niet naar verwezen wordt, bent u niet verzekerd.

Toelichting "Vergoedingen Overzicht" en "Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen":

Stel: U hebt een aanvullende zorgverzekering A afgesloten. U wilt weten wat u vergoed krijgt voor een kuurbehandeling. U kijkt in deel 1: Vergoedingen Overzicht. Onder de vergoeding van de Aanvullende Zorgverzekering A ziet u bij Kuurbehandeling bijvoorbeeld staan dat wij 80% vergoeden tot een maximumbedrag. Daarnaast staat een verwijzing naar artikel 20. van deel 2: Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. In dat artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de kuurbehandeling vergoed te krijgen.

11.3. Inhoud en omvang van zorg en voorwaarden voor vergoeding

a. Inhoud en omvang van zorg

In deze voorwaarden hebben wij omschreven op welke behandelingen u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op die zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

b. Voorwaarden voor vergoeding

Valt de zorg onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering? Dan vergoeden wij u de kosten:

- a. als er een medische of tandheelkundige noodzaak is voor de zorg;
- b. als die kosten overeenkomen met de afgesproken (maximum-)tarieven voor de zorg;
- c. als de zorg plaatsvindt in de periode dat de aanvullende zorgverzekering geldig is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum waarop de rekening is uitgeschreven. Gaat de rekening over een Diagnose Behandel Combinatie (DBC)? Als de ingangsdatum van de DBC ligt voor de einddatum van uw aanvullende zorgverzekering, dan vergoeden wij de kosten die met deze gehele DBC te maken hebben, ook al is de aanvullende zorgverzekering niet meer geldig. En als de ingangsdatum van de DBC in een ander jaar ligt dan de einddatum, dan vergoeden wij de kosten die met deze gehele DBC te maken hebben, volgens de voorwaarden die gelden op de ingangsdatum van die DBC, mits de ingangsdatum van die DBC binnen de looptijd van de aanvullende zorgverzekering valt;
- d. als u voldoet aan de eisen en voorwaarden die wij stellen. Wij hebben deze per behandeling beschreven in de hierna volgende artikelen van deze Algemene Voorwaarden;

Toelichting "eisen en voorwaarden voor vergoeding":

Het gaat bijvoorbeeld om de voorwaarde dat de behandeling voorgeschreven moet zijn door een arts of dat wij u vooraf een akkoordverklaring hebben gegeven.

- e. als in de voorwaarden staat vermeld dat vooraf een akkoordverklaring verplicht is, dan mag deze niet ouder zijn dan 365 dagen. Onze akkoordverklaring is dus maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen. De akkoordverklaring is niet meer geldig als de aanvullende zorgverzekering is beëindigd;
- f. als de instelling of inrichting waar de zorg wordt geleverd, voldoet aan alle wettelijke eisen (bijvoorbeeld erkenning door de minister);
- g. als de zorgverlener, instelling of inrichting die de zorg heeft geleverd (of onder wiens verantwoordelijkheid de zorg heeft plaatsgevonden) zelf ook de kosten declareert;
- h. als u geen handelingen verricht of nalaat die onze rechten om de kosten op een ander te verhalen, kunnen schaden. U bent verplicht mee te werken aan onze verhaalsrechten;
- i. als de zorg valt onder de aanvullende zorgverzekering van de verzekerde die de zorg verleend krijgt. Behandelingen of diensten die niet zijn genoemd en/of beschreven in de afgesloten aanvullende zorgverzekering, vergoeden wij niet;
- j. zoals we die in de aanvullende zorgverzekering hebben omschreven. We bepalen de hoogte van de kosten en de inhoud van de zorg mede door te kijken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt deze maatstaf, dan bepalen we de kosten en de inhoud van de zorg door uit te gaan van wat in dat vakgebied geldt als verantwoorde en adequate behandelingen en diensten;
- k. als de behandeling feitelijk heeft plaatsgevonden. Wij vergoeden geen telefonische of elektronische behandelingen en consulten (via e-mail en/of Internet). Wij vergoeden deze behandelingen en consulten wel als dit in de voorwaarden bij de betreffende behandeling is aangegeven;
- l. niet alleen van de zorg in Nederland of uw woonland maar ook van de zorg die u in het buitenland krijgt. Voorwaarde hiervoor is dat de zorgverlener die de zorg verleent, voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

11.4. Wat moet u doen om uw zorgkosten vergoed te krijgen

a. U stuurt rekeningen per post op

U moet de originele rekeningen en kwitanties (geen kopie, herinnering of aanmaning!) binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend aan ons opsturen. Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

De zorgverlener moet deze rekening specificeren zodat wij deze zonder navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen.

b. U stuurt rekeningen via Internet in

Als u een aanvullende Internetzorgverzekering bij ons hebt afgesloten, dan declareert u de rekeningen elektronisch via Internet. Dat doet u binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend. Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

De papieren, originele rekeningen en kwitanties moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

c. De zorgverlener stuurt ons rekeningen op

Rekeningen en kwitanties die de zorgverlener rechtstreeks aan ons doorstuurt, moeten:

- 1) schriftelijke originelen zijn; of
- 2) staan op voor computers leesbare gegevensdragers (bijvoorbeeld diskettes, tapes, CD-ROM's of DVD's); of
- 3) via elektronische gegevensuitwisseling bij ons aankomen.

11.5. Hoeveel krijgt u vergoed

a. Werkelijke kosten

Wij vergoeden nooit meer dan de kosten die u werkelijk gemaakt hebt.

b. Tarieven

Bij de vergoeding van zorg gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling. Wij stellen die tarieven als volgt vast:

- 1) Wij hebben met veel zorgverleners en zorginstellingen (maximum-)tarieven afgesproken voor de behandelingen. Als zo'n zorgverlener of zorginstelling u behandelt, vergoeden wij de behandeling volgens dit afgesproken (maximum) tarief.
- 2) Krijgt u een behandeling van een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken? Dan vergoeden wij de behandeling volgens het laagste bedrag van het wettelijke (maximum-)tarief of het marktconforme tarief (zie onder 3)), dat op dat moment geldt. Dit tarief wordt vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg.
- 3) Krijgt u een behandeling door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken en bestaat voor die behandeling geen wettelijk (maximum)tarief? In dat geval vergoeden wij de zorg tot maximaal het marktconforme tarief. Dat is het tarief dat voor die zorg in Nederland gebruikelijk is. Meestal is dat het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken.

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

c. Volgorde van vergoeding

Bij de vaststelling van de vergoeding van nota's voor zorg gaan we volgens een bepaalde volgorde te werk:

- 1) Eerst bepalen we welk tarief van toepassing is, zie hierboven onder 11.5.b.. In de situaties onder 11.5.b. onder 1) en 2) kan het betekenen dat het gedeclareerde bedrag niet helemaal vergoed wordt;
- 2) Vervolgens kijken we of u voor de behandeling een eigen bijdrage moet betalen. Als dat zo is, staat dat op het Vergoedingen Overzicht. Deze eigen bijdrage vergoeden wij niet;
- 3) We kijken ook of u een gedeelte van de behandeling vergoed krijgt uit de hoofdverzekering. De hoofdverzekering gaat namelijk altijd vóór op de aanvullende zorgverzekering. De hoofdverzekering heeft een eigen risico. U betaalt de kosten die onder de hoofdverzekering vallen zelf tot u dit eigen risico hebt afgelost.

Wij vergoeden uiteindelijk dat deel dat overblijft na verwerking van gegevens over tarief, (wettelijke) eigen bijdrage en eigen risico.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- d. Maximale of éénmalige vergoeding of vergoeding binnen bepaalde periode
Sommige behandelingen of diensten vergoeden wij beperkt:
- 1) bepaalde behandelingen vergoeden wij éénmalig tijdens de totale periode dat u bij ons bent verzekerd;
 - 2) andere behandelingen vergoeden we tot een bepaald maximum bedrag in een bepaalde periode;
 - 3) weer andere behandelingen of diensten mogen in een bepaalde periode maar éénmaal of een vast aantal malen plaatsvinden.

Wij geven dit aan bij de betreffende behandelingen of diensten op het Vergoedingen Overzicht of in deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. Zodra u het maximaal aantal keren of het maximum bedrag hebt bereikt, vergoeden wij die behandeling niet meer binnen de vastgestelde periode.

Toelichting "Maximum vergoeding":

Een éénmalig maximum bedrag kan voorkomen bij bijvoorbeeld orthodontie, camouflagetherapie of stottertherapie.

Een maximum bedrag over een langere periode dan één jaar kan voorkomen bij voorbeeld bij brillenglazen en/of montuur.

- e. Beperkte vergoeding bij verandering in uw aanvullende zorgverzekering
De beperkte vergoeding onder 11.5.d. geldt ook als uw aanvullende zorgverzekering wordt gewijzigd, opgeschort, onderbroken of stilzwijgend verlengd. Maakt u kosten die u beperkt vergoed krijgt en sluit u hierna een andere aanvullende zorgverzekering af waarvoor zo'n beperking geldt, dan:
- 1) telt het bedrag dat u al vergoed hebt gekregen uit uw vorige aanvullende zorgverzekering mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende zorgverzekering;
 - 2) telt het aantal behandelingen dat u in uw vorige aanvullende zorgverzekering kreeg mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende zorgverzekering;
 - 3) loopt de periode waarbinnen u recht hebt op een beperkte vergoeding door in uw nieuwe aanvullende zorgverzekering.
- f. Maximum vergoeding bij een aanvullende zorgverzekering voor een deel van een jaar
Bepaalde behandelingen vergoeden wij tot een bepaald maximum bedrag per jaar. Als uw aanvullende zorgverzekering ingaat of eindigt in de loop van het jaar, verminderen wij dit maximum bedrag niet. U hebt in dat geval dus toch recht op het hele maximum bedrag.

11.6. Zorgadvisering en akkoordverklaring

U hebt recht op zorgadvies van ons. Dan weet u of en voor hoever bepaalde zorg of zorgverleners onder de vergoeding vallen van uw aanvullende zorgverzekering. Maar ook met welke zorgverleners wij zorgafspraken hebben gemaakt. U vraagt dat zorgadvies en de akkoordverklaring aan bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of deels onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt. Dat noemen wij akkoordverklaring. Bij de zorgvormen verderop in deze verzekeringsvoorwaarden staat, of daarvoor vrijwillige of verplichte zorgadvisering geldt:

- a. vrijwillige zorgadvisering en akkoordverklaring: wij raden u aan bij twijfel daarvan gebruik te maken. U bent daartoe niet verplicht. Of u dat doet, is uw eigen verantwoordelijkheid;
- b. verplichte zorgadvisering en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat.

Toelichting

1. De verzekeringsvoorwaarden omschrijven op welke zorg u recht hebt, onder welke voorwaarden en bij welke zorgverleners. Meestal is duidelijk of de zorg die u krijgt, ook onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt. En met zorgverleners hebben we afgesproken, welke zorg in uw aanvullende zorgverzekering is gedekt en dat zij aan u melden als zorg buiten de vergoeding valt. In een aantal gevallen kan dan toch bij u de vraag nog opkomen of sprake is van zorg die wel of niet onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt. Of over de hoogte van het te vergoeden tarief. Wij kunnen u helpen bij de uitleg van de verzekeringsvoorwaarden. En wij kunnen u advies geven over de zorg die u nodig hebt en bij welke zorgverlener u die het beste kunt krijgen. Deze zorgadvisering geeft u vooraf zekerheid over de vergoeding van uw zorg. Want

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

als zorg gedekt is geven wij u een schriftelijke akkoordverklaring. Als u op onze akkoordverklaring afgaat, dan weet u zeker, dat de zorg die u krijgt onder de vergoeding valt en tegen welk tarief dat u deze zorg vergoed krijgt.

2. Bij bepaalde vormen van zorg weten wij uit ervaring dat bij verzekerden vaak onduidelijkheid bestaat over vergoeding. De kans is dan erg groot dat de verleende zorg of de ingeschakelde zorgverlener niet of niet helemaal onder de vergoeding van uw zorgverzekering valt. Daarom stellen we voor die zorg onze zorgadvisering en akkoordverklaring vooraf verplicht. U weet dan vooraf of en in hoever uw zorgverzekering vergoeding geeft voor die zorg of zorgverlener. Daarmee worden teleurstellingen achteraf voorkomen.

11.7. Doorlopende vergoedingen naast AWBZ of hoofdverzekering

a. Volgorde van vergoeding

Hebt u naast de inschrijving voor de AWBZ en de hoofdverzekering een aanvullende zorgverzekering afgesloten (bij ons of bij een andere zorgverzekeraar)? U krijgt uw kosten altijd eerst vergoed vanuit de AWBZ of de hoofdverzekering. Pas als de kosten niet of niet meer vanuit de AWBZ of de hoofdverzekering vergoed worden, vergoeden wij deze uit de aanvullende zorgverzekering. De zorg moet natuurlijk wel onder de vergoeding van deze aanvullende zorgverzekering vallen.

b. Voorwaarden voor doorlopende vergoeding

De AWBZ en uw hoofdverzekering vergoeden niet alle zorg volledig. De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering vallen. Dat geldt:

- 1) als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen, en;
- 2) als de vergoeding onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt, en;
- 3) als de kosten betrekking hebben op behandelingen die in het pakket zitten van uw hoofdverzekering of de AWBZ, en;
- 4) als de zorg volgens de richtlijnen van uw hoofdverzekering of de AWBZ niet wordt afgewezen, en;
- 5) als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de AWBZ of uw hoofdverzekering, en;
- 6) als wij een originele schriftelijke verklaring van de AWBZ of de (zorg)verzekeraar van de hoofdverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de nota die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgewikkeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afwikkeling. Er staat bijvoorbeeld in hoeveel u wel en hoeveel u niet vergoed krijgt voor de behandeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd, bijvoorbeeld een verrekening met uw eigen risico, een inhouding in verband met een eigen bijdrage of de overschrijding van een maximum bedrag of aantal behandelingen.

c. Uitsluitingen

Er zijn kosten die niet onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering vallen. Dat zijn:

- 1) kosten die niet vergoed worden, omdat deze onder het eigen risico van de hoofdverzekering vallen;
- 2) kosten die uitgaan boven het tarief, dat wij als uitgangspunt nemen voor vergoeding (zie artikel 11.5.);
- 3) kosten die u vergoed krijgt uit de hoofdverzekering of de AWBZ.

11.8. Geen eigen risico voor aanvullende zorgverzekering

Voor de zorg die onder de vergoeding van een aanvullende zorgverzekering valt, geldt geen eigen risico.

11.9. Betaling aan de zorgverlener

- a. Uw toestemming om met zorgverleners afspraken te maken over de betaling van rekeningen
U hebt bij ons een aanvullende zorgverzekering afgesloten. U aanvaardt daarmee deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. Daarmee geeft u ons toestemming

om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen. We kunnen met hen onder andere afspreken dat zij de rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. Uw tussenkomst is dan niet nodig. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener of leverancier een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener of leverancier te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener of leverancier betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.

- b. Uw toestemming teveel betaalde bedragen terug te vorderen
Het kan voorkomen dat wij aan een zorgverlener of leverancier meer vergoeden dan wij volgens de wet of volgens het tarief dat wij met de zorgverlener of leverancier hebben afgesproken verplicht zijn te vergoeden. In dat geval gaan we er vanuit dat u aan ons toestemming heeft gegeven om het teveel betaalde bedrag bij de zorgverlener of leverancier terug te kunnen vorderen.
- c. Uw betaling aan ons als wij de zorgverlener teveel betalen
Het kan voorkomen dat wij de zorgverlener of leverancier meer betalen dan het bedrag waarop u recht hebt volgens uw Vergoedingen Overzicht en de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. Bijvoorbeeld doordat een eigen bijdrage of maximum vergoeding geldt. U bent verplicht ons het verschil te betalen. U betaalt ons dit verschil op de wijze waarop u uw premie betaalt. Bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro. Als u een aanvullende Internetzorgverzekering hebt afgesloten, betaalt u dit verschil via automatische incasso.

11.10. Vergoeding in Nederlandse muntsoort

Als u kosten maakt in het buitenland, vergoeden wij deze in het Nederlands wettige betaalmiddel. Wij maken gebruik van de verrekeningskoers die in Nederland geldt op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

11.11. Cessie, verhaalsmogelijkheden en schadevergoeding

11.11.1. Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten van zorg die wij hebben vergoed uit uw aanvullende zorgverzekering(en). Vanaf het moment dat uw aanvullende zorgverzekering geldig is, draagt u de eventuele vorderingen die u van derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om die vorderingen die als kosten onder de aanvullende zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

11.11.2. Melden van aansprakelijke derden

Het kan gebeuren dat u door omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen direct of later (mogelijk) een of meer behandelingen moet ondergaan die u vergoed zou moeten krijgen uit uw aanvullende zorgverzekering. Als derden voor deze omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen aansprakelijk gesteld kunnen worden, moet u dit direct en uiterlijk binnen veertien dagen aan ons melden.

11.11.3. Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen voor kosten. Het gaat om kosten die op grond van uw aanvullende zorgverzekering(en) voor vergoeding in aanmerking komen of die wij al hebben vergoed. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

11.11.4. Schadevergoeding

Als u uw verplichtingen die genoemd zijn in dit artikel niet nakomt, kunnen wij:

- a. de kosten van zorg die wij al aan u vergoed hebben, terugvorderen;
- b. de vergoeding van nota's die we nog moeten ontvangen, opschorten;

- c. u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die direct of indirect het gevolg zijn van het niet nakomen van uw verplichtingen.

11.12. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk hebben bevestigd. Wij gaan er vanuit, dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende adres u hebben bereikt.

12. Medisch-specialistische zorg

Kijk op het Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

Tarieven

Voor medisch-specialistische zorg die wij vergoeden uit de aanvullende zorgverzekering, geldt geen wettelijke maximum tarief. Dit tarief wordt bepaald door de medisch-specialist. In veel gevallen maken wij met medisch-specialisten en instellingen van medisch-specialistische zorg afspraken tot welke tarieven wij maximaal vergoeden. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

12.1. Sterilisatie

12.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de sterilisatie van man of vrouw. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een sterilisatie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de daartoe geschikte DBC-prestatiencode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u de sterilisatie uit wil laten voeren door een huisarts moet u vooraf bij ons navragen welke huisarts bevoegd is..

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist.

Plaats

De sterilisatie vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- 2) de door ons erkende of gecontracteerde privé-kliniek (dagbehandeling en polikliniek);
- 3) de huispraktijk van de medisch-specialist;
- 4) een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

12.2. Ongedaan maken van sterilisatie

12.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het ongedaan maken van de sterilisatie van man of vrouw. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van het ongedaan maken van de sterilisatie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de daartoe geschikte DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts.

Plaats

De zorg vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum);
- 2) de door ons erkende of gecontracteerde privé-kliniek (dagbehandeling en polikliniek);
- 3) de huispraktijk van de medisch-specialist.

12.3. Correctie van de oorstand (flaporen)

12.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een correctie van de oorstand (flaporen) door middel van plastische chirurgie. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een correctie van de oorstand zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de daartoe geschikte DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.

Plaats

De zorg vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- 2) de door ons erkende of gecontracteerde privé-kliniek (dagbehandeling en polikliniek);
- 3) de huispraktijk van de medisch-specialist;

12.4. Gezichtsscherptebehandelingen

12.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een correctie van gezichtsscherpte door ooglaserberehandeling tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode. Hoe hoog het bedrag is en hoelang de periode duurt, staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Bij sommige aanvullende zorgverzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen van de rubriek Hulpmiddelenzorg (artikel 15.7.). In het Vergoedingenoverzicht van uw aanvullende zorgverzekering kunt u zien of dat het geval is.

12.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van gezichtsscherptebehandelingen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U krijgt de behandeling niet vergoed uit de hoofdverzekering.
- b. U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.

Zorgverlener

Een medisch-specialist (oogarts) voert de behandeling uit.

Plaats

De behandeling vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- 2) de door ons erkende of gecontracteerde privé-kliniek (dagbehandeling en polikliniek);
- 3) de huispraktijk van de medisch-specialist.

Toelichting "Maximum vergoeding in een bepaalde periode"

De periode begint op de eerste dag van de maand waarin u voor de eerste keer tijdens de looptijd van uw aanvullende zorgverzekering een gezichtshulpmiddel ontvangt en de definitieve nota hiervoor betaalt; of op de dag dat u de eerste medisch-specialistische zorg van de gezichtsscherptebehandeling krijgt die onder de vergoeding valt.

Is de periode afgelopen, dan begint een tweede periode hier direct achteraan, op de dag dat de eerste periode afloopt.

Als u gedurende de bedoelde periode uw aanvullende zorgverzekering wijzigt naar een andere aanvullende zorgverzekering waarin ook een periode wordt genoemd, telt de verleende vergoeding door. U hebt dan dus geen recht op een nieuwe vergoeding. Zie hiervoor artikel 11.5.e..

12.5. Besnijdenis (circumcisie)

12.5.1. Zorg die wij vergoeden

Bij een mannelijke verzekerde vergoeden wij:

- a. een medisch noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- b. een besnijdenis (circumcisie) die niet medisch noodzakelijk is maar plaatsvindt op sociale of religieuze gronden of anderszins.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een besnijdenis zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. Een medische noodzakelijke besnijdenis wordt aan ons gemeld door de behandelend medisch-specialist (uroloog). Op basis van deze melding wordt de vergoeding verleend voor een medisch noodzakelijke besnijdenis. Als wij geen melding ontvangen, vergoeden wij op basis van een besnijdenis die plaatsvindt om andere redenen.
- b. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.
- c. de huisarts / andere instelling brengt de kosten in rekening die wij overeengekomen zijn.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist of daartoe bevoegde huisarts.

Plaats

De besnijdenis vindt plaats in of bij:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis);
- 2) een erkende instelling voor medisch-specialistische zorg (Z.B.C.);
- 3) een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg;
- 4) de lokatie van de praktijk van de huisarts, die de besnijdenis uitvoert.

Toelichting

Voorbeelden van de instellingen die wij onder 3) bedoelen zijn vestigingen van Besnijdenis Centrum Nederland, Besnijdenis Kliniek Nederland, Stichting Al Gitaan en Besnijdenis Centrum Amsterdam.

12.6. Correctie van bovenoogleden

12.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden bij een ernstige gezichtsveldbeperking. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.6.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een correctie van bovenoogleden zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. Het verslapte bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt.
- b. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij verlangen van u dat u bij uw aanvraag voor zorgadvies een recente kleurenfoto doet, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Deze foto wordt door uzelf gemaakt of door een instelling voor medisch-specialistische zorg.

Zorgverlener

Een oogarts of plastisch chirurg voert de behandeling uit.

12.6.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de foto's die u met de aanvraag voor zorgadvies naar ons moet insturen.

12.7. Prenatale screening

12.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden aan een vrouwelijke verzekerde de kosten van een niet-medisch noodzakelijke prenatale screening. Daaronder verstaan wij:

- a. één combinatietest om het syndroom van Down op te sporen. De combinatietest bestaat uit een nekplooiemeting (ook wel: NT-meting);
- b. een bijbehorende kansbepalende bloedtest.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.7.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een prenatale screening zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U bent een vrouwelijke verzekerde jonger dan 36 jaar en de prenatale screening is medisch niet noodzakelijk maar vindt plaats op uw verzoek. Bent u 36 jaar of ouder of is bij u een prenatale screening medisch noodzakelijk, dan worden de kosten van een prenatale screening vergoed uit uw hoofdverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De prenatale screening wordt uitgevoerd door een huisarts, verloskundige of medisch-specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening.

12.8. Cosmetische behandelingen

12.8.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor medisch-specialistische zorg waar het gaat om cosmetische behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.8.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van cosmetische behandelingen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. De vergoeding is éénmalig in de totale looptijd van uw aanvullende zorgverzekering, waarin deze vergoeding voorkomt.
- b. De maximum vergoeding die in Deel 1: Vergoedingen Overzicht staat, geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch-specialistische zorg of een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

12.9. Behandeling tegen snurken

12.9.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor medisch-specialistische zorg waar het gaat om behandeling tegen snurken. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.9.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een operatieve behandeling tegen snurken zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch-specialistische zorg of een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

12.9.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen tegen snurken.

12.10. Vervanging van borstprothese

12.10.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor medisch-specialistische zorg (plastische chirurgie) waar het gaat om correctie van een of beide borsten. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

12.10.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van correctie van een of beide borsten zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden volgende voorwaarden:

Algemeen

Er is sprake van een medische noodzaak voor het operatief vervangen van (een) borstprothese(n) die is ingebracht na een borstamputatie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. De aanvraag is voorzien van een schriftelijke verklaring van de behandelend medisch-specialist, waaruit de medische noodzaak voor de behandeling blijkt.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch-specialistische zorg of een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

12.11. Medisch-specialistische zorg die wij niet vergoeden (uitsluitingen)

De volgende kosten voor medisch-specialistische zorg vergoeden wij niet, ongeacht of deze zijn gemaakt voor de (behandelde) verzekerde of anderen:

- a. Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis).

13. Preventie

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

13.1. Preventieve injecties

13.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van preventieve injecties tegen:

- a. griep (influenza);
- b. meningococcon.

Onder de kosten van preventieve injecties verstaan wij de kosten van:

- het vaccineren;
- het toedienen van de injectie zelf;
- het consult dat daarvoor in rekening is gebracht. Voor het consult vergoeden wij maximaal het zogenaamde "passantentarief" dat een huisarts in rekening mag brengen.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

13.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de kosten voor preventieve injecties zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. De preventieve injectie is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig.
- b. De preventieve injectie is bedoeld om een ziekte te voorkomen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

De preventieve injectie tegen meningococcon is door een arts of GGD-arts voorgeschreven.

Leverancier

Een apotheek of G.G.D. levert de entstof van de preventieve injecties.

13.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

Injecties die zijn gegeven of hadden moeten worden gegeven op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's vergoeden wij niet.

13.2. Preventieve onderzoeken

13.2.1. Zorg die wij vergoeden

Om een ziekte te voorkomen, vergoeden wij preventieve onderzoeken. Hieronder verstaan wij:

- a. cholesteroltesten;
- b. periodieke geneeskundige onderzoeken;
- c. onderzoeken naar hart en bloedvaten;
- d. screenings;
- e. health checks;
- f. testen;
- g. andere diagnostische middelen of methoden.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

13.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van preventieve onderzoeken zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. Het preventieve onderzoek is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig;
- b. U hebt het preventieve onderzoek zelf aangevraagd omdat u dit wenst. Uw huisarts, medisch-specialist of een andere zorgverlener vindt het preventieve onderzoek dus niet medisch noodzakelijk of aangewezen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van uw huisarts. Deze huisarts is geen medisch-specialist.

13.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. zelftesten, preventieprogramma's en (preventieve) onderzoeken, die medisch noodzakelijk of aangewezen zijn door uw (huis)arts, medisch-specialist of een andere zorgverlener en die vallen onder de vergoeding van de hoofdverzekering;
- b. (preventieve) onderzoeken naar kanker;

- c. (preventieve) onderzoeken waarbij ioniserende straling wordt gebruikt, zoals röntgenfoto's, CT-scans, MRI-scans en Total Body Scans;
- d. (preventieve) onderzoeken naar een aandoening waarvoor geen behandeling mogelijk is of preventie mogelijk is;
- e. (preventieve) onderzoeken als bedoeld onder de uitsluitingen c. en d. waarvoor een vergunning vereist is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
- f. (preventieve) onderzoeken die naar hun aard of in de uitvoering in strijd met de wet zijn;
- g. (preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 23.3. "Sport-medisch advies";
- h. (preventieve) onderzoeken op verzoek of in opdracht van uw werkgever of de werkgever van een van uw gezinsleden.

13.3. Medische screening bij adoptie

13.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het preventieve onderzoek (medische screening) bij adoptiekinderen die afkomstig zijn uit het buitenland. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

13.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een medische screening bij adoptie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende zorgverzekering hebben afgesloten. Deze verzekerde wordt de adoptiefouder;
- b. Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- c. Het preventieve onderzoek is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig;
- d. De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- e. Het te adopteren kind is afkomstig uit het buitenland;
- f. Het preventieve onderzoek (medische screening) is voor de aanstaande adoptiefouder(s) een verplicht onderdeel van het adoptieproces.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener of zorginstelling, die in het adoptieproces is aangewezen.

13.3.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. een preventief onderzoek van uw adoptiekind dat u zelf aanvraagt omdat u dat zelf wenst, terwijl dat preventieve onderzoek niet een verplichte voorwaarde voor de adoptie is;
- b. preventieve onderzoeken van het adoptiekind, nadat de adoptie heeft plaatsgevonden.

14. Geneesmiddelen

Kijk op het Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

14.1. Geneesmiddelen algemeen

14.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- a. geneesmiddelen die door de overheid zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering en die wij hebben aangewezen;

Toelichting

De Minister van VWS heeft een lijst opgesteld met geneesmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen. Het zijn allemaal zogenaamde 'geregistreerde geneesmiddelen'. Deze lijst met geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling Zorgverzekering. U hebt in het algemeen recht op vergoeding van alle geneesmiddelen die op deze lijst van de Minister staan. Wij hebben deze geneesmiddelen namelijk allemaal aangewezen, behalve als we voor dit geneesmiddel een voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen. Geneesmiddelen die niet in onze lijst voorkomen, vergoeden wij dus niet, tenzij het medisch niet verantwoord is dat u een geneesmiddel gebruikt dat wij aangewezen hebben. In dat geval vergoeden wij een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, dosering en toedieningsvorm uit de lijst van de overheid. Geneesmiddelen die niet op onze lijst en niet op de lijst van de overheid voorkomen, vergoeden wij niet.

- b. niet geregistreerde en niet-aangewezen geneesmiddelen voor rationele farmacotherapie die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. (In artikel 14.4. staat meer over dieetpreparaten).

Voor het vaststellen van de vergoeding van de aangewezen middelen geldt het "geneesmiddelenvergoedingssysteem" (GVS). In het GVS is de maximale hoogte van de vergoedingen voor de geneesmiddelen geregeld. Wij vergoeden de kosten maximaal tot deze door de overheid vastgestelde bedragen. Dat geldt niet als wij in deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en/of het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering, uitdrukkelijk anders bepalen. Hoeveel wij precies vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

`Geneesmiddelenvergoedingssysteem` (GVS).

Doel: voor elke verzekerde moet een breed en kwalitatief goed geneesmiddelenpakket beschikbaar zijn, zonder dat hij hiervoor moet bijbetalen. In het GVS zijn de geneesmiddelen in groepen (clusters) verdeeld. In elk groep zitten verschillende geregistreerde geneesmiddelen met dezelfde werking. Geneesmiddelen dus die onderling vervangbaar zijn.

14.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van geneesmiddelen, dieetpreparaten niet inbegrepen, als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. Wij vergoeden alleen een geneesmiddel als dit de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift.
- b. In de verzekeringsvoorwaarden van onze hoofdverzekeringen zijn voor bepaalde geneesmiddelen en voor bepaalde gevallen extra voorwaarden opgenomen. Deze verzekeringsvoorwaarden over geneesmiddelen zijn ook van toepassing op deze polis. U kunt deze verzekeringsvoorwaarden van de hoofdverzekering bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.
- c. Als uw aanvullende zorgverzekering uitdrukkelijk ook de eigen bijdrage op grond van het GVS vergoedt, dan kan dat alleen als de geneesmiddelen zelf ook worden vergoed.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voor bepaalde geneesmiddelen vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Kijk hiervoor in de geldende "Lijst van geneesmiddelen met toetsing vooraf" die hoort bij uw Zorgverzekering.

Voorschrift

- a. Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch-specialist, tandarts, verloskundige of in speciale omstandigheden een andere zorgverlener die wij hebben aangewezen schrijft de geneesmiddelen voor.
- b. Geneesmiddelen bij vruchtbaarheidbevorderende behandelingen worden voorgeschreven volgens de Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Leverancier

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

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek, internetapotheek of op uw woonadres.

Periode

Per voorschrift vergoeden wij de geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Het gaat om een periode van:

- a. vijftien dagen als het een nieuw geneesmiddel voor u is;
- b. vijftien dagen bij een geneesmiddel tegen acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- c. drie maanden bij geneesmiddelen voor de behandeling van chronische ziekten en bij insuline voor de behandeling van suikerziekte (diabetes);
- d. dertig dagen voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica) en slaapmiddelen (hypnotica);
- e. twaalf maanden voor “de pil” (orale anticonceptiemiddelen);
- f. één maand in andere gevallen.

14.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

De volgende (kosten van) zorg vergoeden wij niet, tenzij in dit artikel 14. een vergoeding is beschreven waarvoor u aanvullend verzekerd bent volgens uw deel 1: Vergoedingen Overzicht:

- a. geneesmiddelen die u vergoed krijgt uit de AWBZ of de hoofdverzekering;
- b. alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
- c. versterkende middelen, vermageringsmiddelen, voedingssupplementen, voedingspreparaten en vitaminepreparaten, ook al is sprake van een (geregistreerd) geneesmiddel;
- d. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
- e. kosten van geneesmiddelen die hoger zijn dan in het GVS is geregeld (uw eigen bijdrage). Als wij in de voorwaarden bepalen dat wij deze eigen bijdrage wel vergoeden, mogen wij dat alleen doen als de geneesmiddelen zelf ook worden vergoed. Worden de geneesmiddelen niet vergoed (zie bijvoorbeeld uitsluiting b.), dan mogen wij ook de eigen bijdragen niet vergoeden;
- f. geneesmiddelen die niet in het GVS zijn opgenomen, tenzij wij in de verzekeringsvoorwaarden van onze hoofdverzekeringen of op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering anders bepalen;
- g. zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen), voor zover zij volgens de Regeling Zorgverzekering ook niet vergoed worden. Wij vergoeden deze kosten wel als dat zo in uw deel 1: Vergoedingen Overzicht staat;
- h. geneesmiddelen, die door de overheid voor subsidie of financiering in aanmerking komen;
- i. geneesmiddelen, die niet door ons zijn aangewezen;
- j. zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen.
- k. geneesmiddelen die voor andere indicaties worden gebruikt dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;
- l. middelen ter behandeling van nicotine-afhankelijkheid.

14.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen

14.2.1. Zorg die wij vergoeden

Voor bepaalde geneesmiddelen krijgt u een gedeeltelijke vergoeding uit de hoofdverzekering of uw aanvullende zorgverzekering. Er blijft een bedrag over dat u zelf moet betalen, de eigen bijdrage.

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u volgens uw hoofdverzekering of aanvullende zorgverzekering zelf aan geneesmiddelen moet betalen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

14.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de eigen bijdrage van geneesmiddelen zoals vermeld staat in

Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de algemene voorwaarden en regels die gelden voor geneesmiddelen, zie artikel 14.1. "Farmaceutische zorg Algemeen";
- b. Uw hoofdverzekering of uw aanvullende zorgverzekering vergoedt het geneesmiddel gedeeltelijk en stelt dat u op grond van het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem een eigen bijdrage voor dat geneesmiddel betaalt.

Toelichting

"Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem"

Doel: voor elke verzekerde moet een breed en kwalitatief goed geneesmiddelenpakket beschikbaar zijn, zonder dat hij hiervoor moet bijbetalen. In het GVS zijn de geneesmiddelen in groepen (clusters) verdeeld. In elk groep zitten verschillende geregistreerde geneesmiddelen met dezelfde werking. Geneesmiddelen dus die onderling vervangbaar zijn. Per groep bepaalt de overheid de gemiddelde prijs. Dat is de maximale vergoeding die u voor de geneesmiddelen uit die groep krijgt. Is het geneesmiddel dat u gebruikt duurder, dan betaalt u de meerprijs zelf als eigen bijdrage.

14.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

Het kan zijn dat u een geneesmiddel gebruikt dat wij niet vergoeden omdat het niet op onze lijst van geneesmiddelen voorkomt, zie artikel 14.1. In dit geval vergoeden wij ook niet de eigen bijdrage die u voor dit geneesmiddel moet betalen.

14.3. Dieetpreparaten

14.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden dieetpreparaten. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

14.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van dieetpreparaten zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de algemene voorwaarden en regels die gelden voor geneesmiddelen, zie artikel 14.1. "Farmaceutische zorg Algemeen";
- b. Er is sprake van een dreigende ondervoeding bij de zorg thuis van terminale patiënten;
- c. Uw hoofdverzekering vergoedt de dieetpreparaten niet.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch-specialist of diëtist schrijft de dieetpreparaten voor.

Leverancier

Een leverancier van dieetpreparaten die wij hebben aangewezen levert de dieetpreparaten af.

Plaats

De dieetpreparaten worden bij u thuis afgeleverd.

14.4. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen of producten

14.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. De totale vergoeding die staat vermeld, geldt voor alternatieve behandelingen (zie artikel 18.) én geneesmiddelen samen.

14.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen of producten

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. De geneesmiddelen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen of producten;
- b. De geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-Index.

Toelichting "Z-Index"

Z-Index verzamelt, controleert, beheert en verspreidt gegevens van alle producten die bij de openbare apotheek verkrijgbaar zijn in de zogenaamde G-standaard, ook wel taxe genoemd. De G-standaard wordt gebruikt door o.a. alle artsen, apothekers, zorgverzekeraars en de overheid. Wij gebruiken deze G-standaard bijvoorbeeld om te zien of een geneesmiddel geregistreerd is en wat het tarief is voor dat geneesmiddel.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener schrijft de geneesmiddelen voor. De behandeling van de voorschrijvende arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener is verzekerd vanuit uw hoofdverzekering of aanvullende zorgverzekering.

Leverancier

Een apotheek of apotheekhoudend arts levert de geneesmiddelen af.

14.4.3. Zorg die wij niet vergoeden

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet als alternatief geneesmiddel:

- a. Geneesmiddelen die wij geheel of gedeeltelijk als reguliere geneesmiddelen vergoeden;
- b. Middelen die (nog) niet zijn geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen volgens de Geneesmiddelenwet;
- c. Zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen) die volgens de Regeling zorgverzekering ook niet voor vergoeding in aanmerking komen;
- d. De eigen bijdrage die u volgens de Regeling zorgverzekering en artikel 14.1. "Farmaceutische zorg algemeen" zelf voor de geneesmiddelen moet betalen. Wij vergoeden deze eigen bijdrage wel als we dit uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht hebben vermeld en u deze dus hebt meeverzekerd.

14.5. Overige geneesmiddelen

14.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. Geneesmiddelen die:
 - u niet vergoed krijgt uit uw Zorgverzekering;
 - volgens de Zorgverzekeringswet helemaal niet worden vergoed;
 - u niet vergoed krijgt uit de Zorgverzekering omdat u niet voldeed aan de voorwaarden om voor die vergoeding in aanmerking te komen.
- b. Zelfzorggeneesmiddelen;
- c. Geneesmiddelen die beschouwd worden als niet-rationele geneesmiddelen;
- d. Intramurale geneesmiddelen.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Intramurale geneesmiddelen"

Intramurale geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die door (of onder verantwoordelijkheid) van een medisch-specialist zijn voorgeschreven tijdens een opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg. De apotheek van die instelling voor medisch-specialistische zorg verstrekt deze geneesmiddelen.

14.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van overige geneesmiddelen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Overzicht. Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de algemene voorwaarden en regels die gelden voor geneesmiddelen, zie artikel 14.1. "Farmaceutische zorg Algemeen";
- b. Het gaat om een geneesmiddel. Dat geneesmiddel hoeft niet geregistreerd te zijn.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch-specialist, tandarts of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener/leverancier

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of internetapotheek of op uw woonadres.

14.5.3. Zorg die wij niet vergoeden

Geneesmiddelen die wij niet vergoeden vanwege het aanwijzingsbeleid dat wij voeren (zie artikel 14.1.) vergoeden wij ook niet onder dit artikel.

Toelichting "aanwijsbeleid"

De Minister van VWS heeft een lijst opgesteld met geneesmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen. Het zijn allemaal zogenaamde 'geregistreerde geneesmiddelen'. Deze lijst met geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling Zorgverzekering. U hebt in het algemeen recht op vergoeding van alle geneesmiddelen die op deze lijst van de Minister staan. Wij hebben deze geneesmiddelen namelijk allemaal aangewezen, behalve als we voor dit geneesmiddel een voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen

Geneesmiddelen die niet in onze lijst voorkomen, vergoeden wij dus niet, tenzij het medisch niet verantwoord is dat u een geneesmiddel gebruikt dat wij aangewezen hebben. In dat geval vergoeden wij een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, dosering en toedieningsvorm uit de lijst van de overheid. Geneesmiddelen die niet op onze lijst en niet op de lijst van de overheid voorkomen, vergoeden wij niet.

14.6. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen

14.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kosten voor geneesmiddelen bij erectiestoornissen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

14.6.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van geneesmiddelen bij erectiestoornissen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U bent een mannelijke verzekerde;
- b. De geneesmiddelen zijn geregistreerd op grond van de Geneesmiddelenwet.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of medisch-specialist.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts. U hebt ook recht op vergoeding van kosten voor geneesmiddelen die zijn geleverd via een internetapotheek.

14.6.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden geen andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten) dan de kosten voor farmaceutische zorg.

15. Hulpmiddelenzorg

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

15.1. Hulpmiddelenzorg algemeen

15.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij geven een vergoeding van de kosten van hulpmiddelen. Deze vergoeding is:

- a. een aanvullende vergoeding van de kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals die door de overheid genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Wij gaan daarbij uit van de maximumbedragen en eigen bijdragen die daarin genoemd zijn;
 - b. een zelfstandige vergoeding van de kosten van (hulp)middelen, die buiten de Regeling zorgverzekering vallen en waarvoor u op grond van de hoofdverzekering geen vergoeding krijgt.
- Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. Als sprake is van hulpmiddelen waarvoor uw aanvullende zorgverzekering een aanvullende vergoeding kan geven voldoet u aan de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelenzorg. Deze voorwaarde geldt niet als wij hiervan afwijken in deze voorwaarden of in uw Vergoedingen Overzicht;
- b. Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig ingewikkeld. Wij beoordelen of dat zo is;
- c. Verbandmiddelen vergoeden wij alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als sprake is van hulpmiddelen waarvoor uw aanvullende zorgverzekering een aanvullende vergoeding kan geven, hebben wij in het Reglement Hulpmiddelenzorg per hulpmiddel aangegeven of wij u vooraf akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Voor de andere hulpmiddelen geven wij u in deze verzekeringsvoorwaarden aan, of wij u vooraf akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring nadere voorwaarden verbinden.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Het hulpmiddel of verbandmiddel is voorgeschreven, zoals wij dat in ons Reglement Hulpmiddelen of deze verzekeringsvoorwaarden voor het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel hebben aangegeven.

Leverancier

Het hulpmiddel of verbandmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen leverancier. Dit kan per hulpmiddel anders zijn.

Plaats

Het hulpmiddel wordt afgeleverd:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- 1) op de locatie van de leverancier die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel of verbandmiddel;
- 2) op uw woonadres;
- 3) op een andere locatie die u en de leverancier overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

Toelichting "Reglement Hulpmiddelen"

Wij hebben een Reglement Hulpmiddelen opgesteld. Hierin hebben we de voorwaarden opgenomen voor de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke eisen die wij stellen per hulpmiddelengroep.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. U kunt het raadplegen via onze website of bij ons opvragen.

15.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

Onder dit artikel vergoeden wij niet:

- a. Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling;
- b. Hulpmiddelen en verbandmiddelen die u vergoed krijgt uit de AWBZ;
- c. De normale gebruikskosten van het hulpmiddel. Hieronder verstaan wij o.a. de kosten van energieverbruik en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dat in de Regeling zorgverzekering, het Reglement Hulpmiddelen of deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

15.2. Orthopedische schoenen en aangepaste confectieschoenen

15.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering (zie ook het reglement Hulpmiddelen) zelf moet betalen voor:

- a. orthopedische maatwerk schoenen;
- b. confectieschoenen waarop een aanpassing gemaakt moet worden.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kosten van orthopedische schoenen en confectieschoenen waarop een aanpassing gedaan moet worden, zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. De orthopedische maatwerk schoenen of de aanpassing aan de confectieschoenen, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering.

15.3. Verbandschoenen

15.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor verbandschoenen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van verbandschoenen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij geldt de volgende voorwaarde:

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1.

“Hulpmiddelenzorg Algemeen”.

15.4. Pruik

15.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor een pruik. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een pruik zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij geldt de volgende voorwaarde:

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. “Hulpmiddelenzorg Algemeen”.

15.5. Hoortoestellen

15.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor gehoorhulpmiddelen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van hulpmiddelen voor het gehoor zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij geldt de volgende voorwaarde:

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. “Hulpmiddelenzorg Algemeen”.

15.6. Plaswekker

15.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een plaswekker met noodzakelijke toebehoren voor:

- a. koop;
- b. huur.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.6.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van koop of huur van een plaswekker zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. “Hulpmiddelenzorg Algemeen”.

Leverancier

U koopt of huurt de plaswekker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

15.7. Gezichtshulpmiddelen

15.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- a. contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur dat u tegelijk met brillenglazen aanschaft.

In Deel 1: Vergoedingen Overzicht staat vermeld tot welk maximumbedrag wij binnen een bepaalde periode vergoeden.

Een periode begint op de eerste dag van de maand:

- waarin u voor de eerste keer tijdens de looptijd van uw aanvullende zorgverzekering een gezichtshulpmiddel ontvangt en de definitieve nota (niet een eerdere voorschotnota) hiervoor betaalt of
- waarin u de eerste medisch-specialistische zorg voor de gezichtsscherptebehandeling krijgt die onder de vergoeding van de aanvullende zorgverzekering valt.

Deze periode eindigt na verloop van de tijd die voor een vergoeding wordt genoemd in Deel 1: Vergoedingen Overzicht, op de laatste dag van de laatste maand.

Als u gedurende een periode uw aanvullende zorgverzekering wijzigt naar een andere aanvullende zorgverzekering waarin ook een periode wordt genoemd, telt de verleende vergoeding door.

Bij sommige aanvullende zorgverzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen (artikel 12.4.) onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen. In het Vergoedingenoverzicht van uw aanvullende zorgverzekering kunt u zien of dat het geval is.

15.7.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op een vergoeding van de kosten van gezichtshulpmiddelen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. Het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- c. De maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

Leverancier

U koopt de gezichtshulpmiddelen bij de opticien of via Internet bij een door ons erkende of gecontracteerde leverancier.

Voorbeeld 1

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2009 een aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 24 maanden.

U bestelt een bril, waarvan de brillenglazen in totaal € 230,- kosten. Deze haalt u op en betaalt u op 7 juni 2009. U dient de nota bij ons in. De eerste periode waarin de vergoeding plaatsvindt, loopt van 1 juni 2009 tot 1 juni 2011. Wij betalen u € 100,-. Voor uw rekening blijft dus € 130,-. Ruim anderhalf jaar later laat u zich nieuwe glazen aanmeten. Deze kosten € 275 en haalt u op 6 april 2010 op. Omdat u in de periode van 24 maanden (lopend van 1 juni 2009 tot 1 juni 2011) van ons al een nota voor brillenglazen vergoed hebt gekregen (namelijk de nota van de aflevering op 7 juni 2009), vergoeden wij deze nota van € 275,- niet.

Voorbeeld 2

Stel: u hebt al vanaf 1 januari 2003 een aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- binnen een periode van 24 maanden. U hebt nog nooit een rekening voor brillenglazen en contactlenzen bij ons ingediend tot 25 juli 2007. Op die datum koopt u contactlenzen voor € 310,-. U krijgt hiervoor € 200,- vergoed. Sinds 1 januari 2003 zijn er al meer dan 53 maanden verstreken zonder dat u een rekening bij ons hebt ingediend. Maar het is dan niet zo dat u tweemaal de maximumvergoeding van € 200,- krijgt. Er geldt namelijk geen spaarsysteem. De eerste periode van 24 maanden gaat voor u in dit geval dus in op 1 juli 2007.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Voorbeeld 3

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2005 een aanvullende zorgverzekering waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed voor maximaal € 200,- binnen een periode van 24 maanden. U koopt op 15 april 2005 een bril, waarvan de glazen € 325,- kosten. Wij vergoeden u € 200,-. Voor uw rekening blijft dus € 125,-. De eerste vergoedingsperiode loopt voor u van 1 april 2005 tot 1 april 2007. Tot deze laatste datum krijgt u geen vergoeding meer voor brillenglazen en contactlenzen, omdat de maximale vergoeding in de eerste vergoedingsperiode is bereikt. Vanaf 1 april 2007 hebt u weer recht op vergoeding als u nog steeds een aanvullende zorgverzekering hebt afgesloten waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed.

Voorbeeld 4

Stel: u hebt al vanaf 1 januari 2009 een aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 24 maanden. Dat bedrag heeft u in 2009 helemaal opgemaakt. U kiest vanaf 1 januari 2010 een andere aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- binnen een periode van 24 maanden. In 2010 koopt u nieuwe brillenglazen voor € 250,-. U krijgt in dat geval niet € 200,- vergoed maar € 100,-. Uw vergoeding uit uw eerste aanvullende zorgverzekering (€ 100,-) gaat af van het maximum vergoedingsbedrag van uw nieuwe aanvullende zorgverzekering (€ 200,-).

15.7.3. Zorg die wij niet vergoeden

Onder dit artikel vergoeden wij niet:

- a. brilmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschaft;
- b. niet-optische middelen als lenzenvloeistof, brillenkokers of brillenkoordjes;
- c. servicecontracten en verzekeringen met betrekking tot gezichtshulpmiddelen;
- d. optische middelen niet op sterkte, zoals zonnebrillen of contactlenzen op kleur;
- e. het slijpen en/of overzetten van brillenglazen.

15.8. Steunzolen

15.8.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de aanschaf van steunzolen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Het maximum bedrag dat hier genoemd staat, geldt voor steunzolen én podotherapeutische hulpmiddelen (zie artikel 15.9.) samen.

15.8.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van steunzolen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. Een orthopedisch schoenmaker, een orthopedisch instrumentmaker, een prothesemaker of een orthesemaker maakt de steunzolen naar gipsmodel of blauwdruk.

Voorschrift

Een arts schrijft de steunzolen voor.

Leverancier

De orthopedisch schoenmaker, de orthopedisch instrumentmaker, de prothesemaker of de orthesemaker die de steunzolen maakt, is door ons erkend of gecontracteerd.

15.8.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de consulten voor het aanmeten, corrigeren en afleveren van de steunzolen.

15.9. Podotherapeutische hulpmiddelen

15.9.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de aanschaf van podotherapeutische en podologische hulpmiddelen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Het maximum bedrag dat hier genoemd staat,

geldt voor podotherapeutische hulpmiddelen én steunzolen (zie artikel 15.8.) samen.

Toelichting:

Podotherapeutische hulpmiddelen zijn bijvoorbeeld zooltjes, tape, drukverband, nagelprothesen en nagelbeugels.

15.9.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van podotherapeutische en podologische hulpmiddelen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. U bent aanvullend verzekerd voor de behandeling door een podotherapeut, podoloog of pedicure op grond waarvan de podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen zijn voorgeschreven en geleverd;
- c. De podotherapeutische en podologische hulpmiddelen zijn de materialen die door een podotherapeut, podoloog of pedicure in het kader van een behandeling zijn geleverd.

Voorschrift

Een podotherapeut, podoloog of pedicure schrijft de podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen voor omdat ze een onderdeel zijn van een behandeling.

15.10. Thuisbewakingsmonitor

15.10.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van bruikleen van een thuisbewakingsmonitor voor:

- a. een periode die in het Vergoedingen Overzicht is genoemd;
- b. een verlenging van deze periode. De duur van de verlengde periode staat in het Vergoedingen Overzicht.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.10.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van bruikleen van een thuisbewakingsmonitor zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Dat geldt ook voor verlenging van de bruikleenperiode.

Voorschrift

Een kinderarts schrijft de thuisbewakingsmonitor en de eventuele verlenging van de bruikleenperiode voor.

15.11. ADL-Hulpmiddelen

15.11.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden hulpmiddelen voor de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen, dit zijn ADL-hulpmiddelen. Neemt u contact op met ons als u wilt weten welke hulpmiddelen wij beschouwen als ADL-hulpmiddelen en waar u deze kunt aanschaffen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.11.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van ADL-hulpmiddelen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of neurologische stoornis van langdurige aard.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en (voor beide periodes) een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

Zorgverlener

De levering vindt plaats door een door ons erkende leverancier.

15.12. Verzorgingsartikelen

15.12.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden verzorgingsartikelen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Verzorgingsartikelen":

Verzorgingsartikelen zijn plasgootjes, latex handschoenen, vacuümdrainpotten, ketonenstrips (voor verzekerden tot 18 jaar) en een Habermanspeen (éénmalig).

15.12.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van verzorgingsartikelen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts schrijft de verzorgingsartikelen voor.

15.13. Huur hulpmiddelen

15.13.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering, de kosten voor verlenging van de huur van hulpmiddelen. Voor welke periode wij de verlengde huur vergoeden, staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.13.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de kosten voor verlengde huur van hulpmiddelen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. De uitleenperiode van deze hulpmiddelen is verstreken;
- c. Er is sprake van een verwacht kortdurend gebruik (bijvoorbeeld bij een terminale situatie).

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en (voor beide periodes) een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

Zorgverlener/leverancier

Een uitleeninstantie stelt de hulpmiddelen ter beschikking, zoals wettelijk is bepaald.

15.14. Faxapparatuur

15.14.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van de aanschaf van faxapparatuur. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.14.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van faxapparatuur zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".
- b. Er is een toondrempelverlies op het beste oor van 70 dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000 Hz of het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55dB), zelfs door toepassing van een hoortoestel, bedraagt met het beste oor niet meer dan 50%;

Voorschrift

Voorschrift door de behandelend arts of medisch-specialist (KNO-arts) is vereist. De behandelend arts dient tevens op het voorschrift aan te geven welke beperkingen er zijn en waarom een eenvoudiger hulpmiddel niet voldoet.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als de faxapparatuur wordt geleverd door een leverancier met wie wij geen afspraken hebben gemaakt voor de levering van dit soort apparatuur.

15.14.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. gesprekskosten;
- b. kosten in verband met het gebruik van de Teleplusdienst.

15.15. Teststrips diabetespatiënten

15.15.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips na gebruik van de digitale diabetespas. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.15.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van teststrips voor diabetespatiënten zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. U bent een diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline;
- c. U maakt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel 'Diabetes Pas' (zie de toelichting). Ter bevestiging hiervan hebt u via Internet een voucher ontvangen en uitgeprint;

- d. U dient de nota van het diabetestestmateriaal, samen met de voucher (zie toelichting), bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u deze hebt aangeschaft;
- e. In de gehele periode dat u van het internethulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op vergoeding van de teststrips voor diabetespatiënten.

Zorgverlener/leverancier

Een apotheek, apotheekhoudende huisarts of medische specialzaak levert de teststrips;

Toelichting "Diabetes Pas"

De Diabetes Pas is een hulpmiddel dat u via Internet op onze website wordt aangeboden. Het helpt u als diabetespatiënt bij het bewaken van uw aandoening en dus van uw eigen gezondheid.

Toelichting "Indienen rekeningen teststrips"

Als u een half jaar de digitale diabetespas gebruikt, verschijnt er automatisch een pop-up in uw beeldscherm met een voucher. U print een tweedelige voucher. Het ene deel gebruikt u voor de aanschaf van het testmateriaal. Het andere deel stuurt u naar ons op om uw vergoeding aan te vragen. Het adres staat op de voucher. Voeg tevens uw rekeningen voor teststrips bij. Wij storten het te vergoeden bedrag op uw rekening.

15.16. Persoonsalarmering

15.16.1. Zorg die wij vergoeden

U hebt recht op verstrekking in bruikleen van een hulpmiddel voor persoonsalarmering op sociale indicatie. Dit staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.16.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op verstrekking in bruikleen van een hulpmiddel voor persoonsalarmering zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Verstrekking in bruikleen vindt uitsluitend plaats na bemiddeling door ons. Neemt u daarvoor contact met ons op.

Zorgverlener

De bruikleen vindt plaats via een door ons bemiddelde leverancier.

15.16.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de abonnementskosten voor persoonsalarmering.

15.17. Voorbehoedsmiddelen

15.17.1. Zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van de kosten van condooms. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.17.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van condooms zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgverlener

Een door ons bemiddelde leverancier levert de condooms.

15.18. Braces en bandages

15.18.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden braces en bandages, als deze niet in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de

hoofdverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

15.18.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van braces en bandages zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".
- De braces en bandages komen niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de hoofdverzekering.

Voorschrift

Een arts of fysiotherapeut schrijft de brace of bandage voor. U stuurt dit voorschrift samen met uw rekening aan ons op.

16. Paramedische zorg

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

16.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck

16.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen, als die niet onder de vergoeding van de hoofdverzekering vallen. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook:

- a. manuele therapie;
- b. bekkentherapie;
- c. kinderfysiotherapie;
- d. geriatrisch fysiotherapie;
- e. oedeemtherapie;
- f. kinderoefentherapie.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Voor fysiotherapie en oefentherapie gelden geen wettelijke maximum tarieven. De zorgverlener bepaalt het tarief. Wij maken over deze tarieven vaak afspraken met hen. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze website. Informatie over maximale vergoedingen leest u in artikel 11.1.4. "Hoeveel krijgt u vergoed".

16.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om medisch noodzakelijke zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

- a. Een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie;
- b. Een manuele fysiotherapeut verleent de manuele therapie;
- c. Een bekkentherapeut verleent de bekkentherapie;

- d. Een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie;
- e. Een geriatrisch fysiotherapeut verleent de geriatrisch fysiotherapie;
- f. Een oedeemtherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage;
- g. Een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck verleent de oefentherapie;
- h. Een kinderoefentherapeut verleent de kinderoefentherapie;
- i. Een psychosomatisch fysiotherapeut verleent psychosomatische fysiotherapie;
- j. Een psychosomatisch oefentherapeut verleent psychosomatische oefentherapie.

Plaats:

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener, bij u thuis of op de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze fysiotherapie of oefentherapie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname.

16.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren;
- b. oedeemtherapie ten gevolge van cosmetische ingrepen en/of bij littekens die zich niet in het gezicht bevinden.

16.2. Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

16.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden bovenop de vergoeding voor ergotherapie uit de hoofdverzekering ergotherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Onder ergotherapie verstaan we advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

16.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

Verzekerden tot 18 jaar hebben recht op vergoeding van ergotherapie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Plaats:

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze ergotherapie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, vindt de behandeling bij u thuis plaats.

16.3. Instructie mantelzorgers

16.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de instructie en begeleiding van mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan. Deze vergoeding is bovenop de vergoeding voor ergotherapie uit de hoofdverzekering of aanvullende zorgverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

16.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de instructie voor mantelzorgers zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

De instructie en/of begeleiding is voor mantelzorgers. Deze mantelzorgers verlenen mantelzorg aan een verzekerde die op dat moment uit de hoofdverzekering of uit de aanvullende zorgverzekering recht heeft op een vergoeding voor ergotherapie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Zorgverlener

Een ergotherapeut geeft de instructie aan de mantelzorger.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze ergotherapie leveren zonder dat er sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, vindt de behandeling bij u thuis plaats.

De verzekerde die de ergotherapie ondergaat hoeft niet bij de instructie aanwezig te zijn.

16.4. Dieetadvisering

16.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden dieetadvisering. De dieetadvisering omvat voorlichting en advisering met een medische noodzaak over voeding en eetgewoonten. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

16.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van dieetadvisering zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Dieetadvisering maakt deel uit van uw hoofdverzekering. Als u het maximumbedrag van vergoeding hebt bereikt, hebt u nog recht op dieetadvisering uit de aanvullende zorgverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een diëtist geeft de dieetadvisering

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend diëtist of op de afdeling dieetadvisering in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze dieetadvisering leveren zonder dat er sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, vindt de behandeling bij u thuis plaats.

16.4.3. Zorg die wij niet vergoeden

De volgende middelen (ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven) vergoeden wij niet:

- a. voedingsmiddelen;
- b. dieetpreparaten (zie hiervoor artikel 14.3.).

16.5. Incontinentiebehandeling

16.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden incontinentiebehandeling en -training. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

16.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van incontinentiebehandeling en –training zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

De nota van de fysiotherapeut moet voldoende gespecificeerd zijn (met name de diagnosecode en de CSI code moeten vermeld staan).

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

Een verwijzing is niet vereist.

Zorgverlener

De behandeling wordt verleend door een fysiotherapeut die vrijgevestigd is of werkzaam bij een door de overheid erkende instelling.

Plaats:

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener, bij u thuis, of op de lokatie van de instelling waar de behandeling gegeven wordt.

17. Geestelijke gezondheidszorg

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

17.1. Herstel & Balans

17.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het trainingsprogramma van Herstel & Balans. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Herstel & Balans"

Herstel & Balans is een landelijk trainingsprogramma voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben. Deze patiënten kunnen te maken krijgen met ernstige lichamelijke en/of geestelijke problemen, zoals moeheid. Herstel & Balans biedt een reactiveringsprogramma van drie maanden. Hierin staan voorlichting, begeleiding en conditieverbetering centraal. Zo biedt het twee keer per week conditietraining door middel van fitness, zwemmen en sport en spel. Dit programma is vanzelfsprekend helemaal afgestemd op de doelgroep.

17.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van Herstel & Balans zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een oncoloog of revalidatiearts schrijft de behandeling voor.

Zorgverlener

Stichting Herstel & Balans heeft de zorgverlener of zorginstelling (ziekenhuis, revalidatiekliniek, fysiotherapeut of psycholoog) gecertificeerd voor het geven van het trainingsprogramma.

17.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

De reiskosten, vervoerskosten en verblijfskosten die u in verband met het programma Herstel & Balans maakt, vergoeden wij niet.

17.2. Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

17.2.1. Zorg die wij vergoeden

In aanvulling op de vergoeding die u uit de hoofdverzekering voor eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg krijgt, vergoeden wij:

- a. de bijdragen die u volgens de hoofdverzekering zelf voor deze zorg moet betalen;
- b. eerstelijnspsychologische zorg (de niet-specialistische GGZ zorg) waarop u geen recht hebt omdat u het maximale aantal zittingen uit de hoofdverzekering al vergoed hebt gekregen.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Informatie over maximale vergoedingen leest u in artikel 11.1.4. "Hoeveel krijgt u vergoed".

17.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg (de niet-specialistische GGZ zorg) zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden, die aansluiten bij de voorwaarden van de hoofdverzekering:

Algemeen

- Het gaat om zorg die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen.
- Een dubbelconsult telt als twee consulten.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een gezondheidszorgpsycholoog schrijft de zorg voor.

Verwijzing

- U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg;

Zorgverlener/leverancier

Een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns instelling verleent de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg.

Plaats

U krijgt de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg in de praktijk van de gezondheidszorgpsycholoog, in een vestiging van een eerstelijns instelling of bij u thuis. Als u de behandeling thuis krijgt, moet u daarvoor een indicatie hebben.

17.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Reiskosten;
- b. De kosten van een behandeling door een zorgverlener die in opleiding is voor gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog);
- c. De kosten van eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg die u al vergoed krijgt uit de hoofdverzekering of AWBZ vergoeden wij niet uit de aanvullende zorgverzekering;

- d. De kosten van specialistische GGZ zorg, bestaande uit diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen, die vergoed worden uit de hoofdverzekering.

17.3. Inloophuizen

17.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden.

Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende zorgverzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende zorgverzekering van de verzekerde patiënt zelf. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

17.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van geestelijk maatschappelijke zorg in inloophuizen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

De geestelijk maatschappelijke zorg die het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten levert, is kortdurend van aard en strekt zich uit over een periode korter dan twaalf maanden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Wij hebben het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten erkend, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Toelichting "Kwaliteit inloophuizen"

Wij beoordelen of de psychologische zorg die inloophuizen voor kankerpatiënten leveren van voldoende kwaliteit is en registreren dat. De lijst met deze instellingen kan dus variëren, ook door het jaar heen. Neemt u daarom vooraf contact met ons op.

17.4. Lichttherapie tegen winter-depressie

17.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden huurkosten voor de benodigde apparatuur voor lichttherapie bij u thuis in verband met winter-depressie.

17.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van huurkosten voor de benodigde apparatuur voor lichttherapie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

De apparatuur is uitgerust voor therapie met volspectrumlicht met een intensiteit van 10.000 lux.

Voorschrift

De lichttherapie is voorgeschreven door een psychiater of psychotherapeut na vaststelling van de diagnose winter-depressie.

18. Alternatieve behandelingen

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

18.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve therapieën. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. De maximale vergoeding die staat vermeld, geldt voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen (zie artikel 14.4.) samen.

Bij de vergoeding kunnen wij hanteren:

- a. een maximum bedrag per jaar;
- b. een maximum bedrag per behandeldag. Het maximum bedrag per behandeldag geldt voor alle gedeclareerde behandelingen die u in totaal op één behandeldag ondergaat, ongeacht de naam, het aantal en de vorm ervan.

Als één of beide maximum bedragen gelden, staan deze vermeld in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Maximum bedrag per jaar en per behandeldag"

Stel: U hebt een aanvullende zorgverzekering A. U hebt last van migraine en gaat hiervoor acht keer naar een acupuncturist. Deze rekent € 50,- per behandeling. U wilt weten wat u hiervan vergoed krijgt en kijkt op het Vergoedingen Overzicht in de rubriek Alternatief naar Alternatieve behandelingen. Daar ziet u bijvoorbeeld dat wij:

- maximaal € 400,- per jaar vergoeden én
- maximaal € 35,- per behandeldag vergoeden.

Uw eigen bijdrage is in dit geval € 15,- per behandeling. Namelijk € 50,- minus € 35,- is € 15,-. Als u twaalf keer (namelijk 12 keer € 35,-) naar deze acupuncturist bent geweest, hebt u uw maximum vergoeding van € 400,- voor alternatieve behandelingen voor dat jaar opgebruikt. Wij vergoeden uw alternatieve behandelingen pas weer in het volgende jaar.

18.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van alternatieve behandelingen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door:

- a. een arts voor alternatieve geneeswijzen. Dit mag ook een arts zijn die geen huisarts of medisch specialist is;
- b. een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
- c. een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Toelichting "Kwaliteit alternatieve behandelingen"

Er zijn veel verschillende vormen van alternatieve behandelingen. Zo kunt u behandeld worden door acupuncturisten, homeopaten, natuurgenezers, osteopaten, enzovoorts. De zorgverlener moet arts zijn óf lid zijn van een beroepsvereniging die naar ons oordeel de kwaliteit van haar leden op een goede wijze controleert en hen goed begeleidt. Als uw alternatieve therapeut voldoet aan die voorwaarden, vallen de kosten onder de vergoeding. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen, erkend is. Neem daarvoor contact op met ons of kijk op onze internetsite.

18.3. Zorg die wij niet vergoeden

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Behandelingen die naar hun aard vallen onder uw hoofdverzekering of onder een ander artikel uit uw aanvullende zorgverzekering. Het is hierbij niet van belang of u voor dat andere artikel verzekerd bent. Dit geldt ook als u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt;

- b. Experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren.

19. Mondzorg

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

19.1. Mondzorg algemeen

19.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden mondzorg algemeen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

19.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van mondzorg algemeen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om mondzorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

19.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Kosten van behandelingen of leveringen door tandtechnici (niet tandprothetici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen, met wie wij geen afspraken hebben gemaakt voor deze behandelingen of leveringen;
- b. Kosten die een vrijgevestigde mondhygiënist of vrijgevestigd tandprotheticus declareert voor behandelingen waarvoor wij geen tarieven hebben afgesproken of de kosten van de bedragen die hoger zijn dan de afgesproken tarieven;
- c. Kosten van het bleken van tanden, tenzij deze tandheelkundige behandeling uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering als vergoeding staat vermeld;
- d. Kosten van zorg die u vergoed krijgt uit de hoofdverzekering;
- e. Kosten van orthodontische behandelingen. Deze behandelingen worden onder artikel 19.5. vergoed.

19.2. Kronen, bruggen en inlays

19.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van:

- restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays); en
- de daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts; en
- bijbehorende techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

19.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op een vergoeding van kronen, bruggen en inlays zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen";
- b. Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter 'R' (dit zijn kronen, bruggen en inlays).

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Een tandarts schrijft de zorg voor.

Zorgverlener

Een tandarts of zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

19.3. Gebitsprotheses

19.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. uitneembare, gedeeltelijke gebitsprotheses;
- b. de wettelijke bijdragen die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor uitneembare, volledige gebitsprotheses.

Hebt u recht op een vergoeding van volledige of gedeeltelijke gebitsprotheses, dan verstaan wij daaronder ook andere met die gebitsprotheses samenhangende tandheelkundige behandelingen en techniekkosten.

19.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op een vergoeding van gebitsprotheses zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen";
- b. Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter 'P' of 'J';
- c. Een tandprotheticus declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter 'P'.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij moeten u vooraf akkoordverklaring hebben gegeven als de uitneembare gedeeltelijke gebitsprothese:

- a. gemaakt en geplaatst door een tandarts duurder is dan € 600,- per kaak (dit is inclusief de techniekkosten);
- b. gemaakt en geplaatst door een tandprotheticus duurder is dan € 500,- per kaak (dit is inclusief de techniekkosten);
- c. binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de immediaatprothese;
- d. gemaakt en geplaatst wordt door een zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

In andere gevallen en voor de overige zorg is geen akkoordverklaring vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

Een tandarts, een tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.

Plaats:

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, een praktijk van een tandprotheticus, een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

19.4. Overige mondzorg

19.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden overige mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

19.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van overige mondzorg zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen".

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- a. Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist, tandprotheticus of zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg;
- b. Een kaakchirurg die verbonden is aan een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten;
- c. Als een vrijgevestigde mondhygiënist of een vrijgevestigde tandprotheticus de verrichtingen uitvoert en declareert, dan vergoeden wij de kosten alleen als:
 - 1) we over deze behandelingen afspraken hebben gemaakt met de mondhygiënist of tandprotheticus;
 - 2) de kosten die in rekening worden gebracht niet hoger zijn dan de tarieven die wij met de mondhygiënist of tandprotheticus hebben afgesproken.

Plaats:

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

Toelichting "Vrijgevestigde mondhygiënist"

Een vrijgevestigde mondhygiënist is een mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid praktijk uitoefent.

19.4.3. Zorg die wij niet vergoeden

Orthodontie (gebitsregulatie) vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 19.5.

19.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

19.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden orthodontische behandelingen (gebitsregulatie). Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

- a. Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende zorgverzekering hebt.
- b. Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding over de hele periode dat u bij ons die aanvullende zorgverzekering hebt en tot of vanaf de genoemde leeftijd.

- c. Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende zorgverzekering hebt. De maximale vergoeding groeit op 1 januari met een vast bedrag dat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht staat. Daar staat ook het maximaal aantal opeenvolgende jaren dat de maximale vergoeding groeit.

Toelichting

Stel: u sluit voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende zorgverzekering die de groei-vergoeding voor orthodontie kent. Die aanvullende zorgverzekering gaat in op 1 januari 2009. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie € 1.000,- voor uw dochter.

Op 1 januari 2010 groeit de vergoeding voor de eerste keer met € 500,- en krijgt u voor uw dochter in 2010 in totaal € 1.500,- vergoed. Uw dochter krijgt een beugel en op 17 mei 2010 ontvangt u een nota van € 1.150,-. Omdat u recht hebt op vergoeding van € 1.500,- vergoeden wij deze nota helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over. Op 1 januari 2011 groeit deze overblijvende vergoeding voor de tweede keer met € 500,- tot in totaal € 850,-. Op 3 april 2011 ontvangt u voor de orthodontie van uw dochter nog een nota; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden daarvan € 850,- en er blijft € 75,- voor uw rekening over. Op 1 januari 2012 groeit de vergoeding van orthodontie voor de derde en laatste maal met € 500,-. Uit 2011 was er niets over, dus de maximale vergoeding bedraagt nu € 500,-. Deze € 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2012 of in de jaren hierna zolang u deze aanvullende zorgverzekering hebt afgesloten.

Als u wijzigt van aanvullende zorgverzekering en u hebt in een vorige aanvullende zorgverzekering al vergoeding voor orthodontie gehad, dan wordt die ontvangen vergoeding afgetrokken van de maximum vergoeding voor orthodontie waar u in uw huidige aanvullende zorgverzekering recht op hebt. Meer informatie over maximale vergoedingen leest u in artikel 11.5. "Hoeveel krijgt u vergoed".

19.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van orthodontie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen:

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen".

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener/leverancier:

De tandarts en de orthodontist declareren de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter "D".

20. Kuurbehandeling

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

20.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. uw vervoer naar een kuuroord;
- b. behandeling in een kuuroord;
- c. verblijf in een kuuroord.

Het gaat hierbij om een meerdaagse behandeling die tenminste één week duurt. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

20.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van een kuurbehandeling zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van artritis psoriatica of een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. U vraagt deze akkoordverklaring aan door het 'Aanvraagformulier Kuurbehandeling' volledig in te vullen, te ondertekenen en aan ons op te sturen. De akkoordverklaring moet recent zijn.

Voorschrift

Een reumatoloog schrijft de kuurbehandeling voor.

Zorgverlener

Het kuuroord is gespecialiseerd in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen.

Toelichting "Kuur en kuuroord"

Onder een kuur verstaan wij een meerdaagse (para)medische behandeling. Dat wil zeggen een behandeling die één of meer weken achtereen duurt.

De behandeling vindt plaats in een gespecialiseerd kuuroord. Een kuuroord is een locatie waar zich, meestal op basis van een natuurlijke heetwaterbron één of meer behandelinstututen hebben gevestigd die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen. U wordt er behandeld door behandelaars van verschillende deskundigheid.

De kuur bestaat minimaal uit de volgende basisonderdelen: baden in thermaal water, actieve oefentherapie en ontspanning.

De kuurbehandeling vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van een kuurarts. Gekwalificeerd personeel voert de paramedische behandelingen uit.

De behandeling bestaat uit een individueel, schriftelijk vastgelegd programma, dat op u is aangepast en aan u ter beschikking wordt gesteld. Na afloop stellen behandelaars en begeleiders een evaluatie op voor de reumatoloog die de kuur heeft voorgeschreven.

21. Huidtherapieën

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

21.1. UV-B lichtapparatuur

21.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Als u kiest voor de aanschaf van UV-B lichtapparatuur kunnen wij een hoger bedrag vergoeden dan de maximumvergoeding uit het Vergoedingen Overzicht. Als aanvullende voorwaarde stellen wij dan wel dat wij de aanschaf van nieuwe lichtapparatuur een aantal jaren niet meer vergoeden.

Toelichting "Een hogere vergoeding dan de maximum vergoeding"

De aanschafprijs van UV-B apparatuur ligt vaak veel hoger dan de vergoeding die u maximaal van ons krijgt. In dat geval kunnen wij van de maximum vergoeding afwijken. Stel: U hebt een Aanvullende Zorgverzekering B. U wilt voor € 5.000,- lichtapparatuur aanschaffen. Dat bedrag is vele malen hoger dan het maximumbedrag dat wij u volgens het Vergoedingen Overzicht vergoeden. In dat geval kunnen wij bijvoorbeeld met u afspreken dat wij het maximumbedrag uit het Vergoedingen Overzicht verdrievoudigen onder de voorwaarde dat u de komende drie jaar geen vergoeding voor deze behandeling meer krijgt.

21.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van UV-B lichtapparatuur zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U lijdt aan ernstige psoriasis, ernstig eczeem of ernstige (aangeboren) vitiligo.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Voorschrift

Een dermatoloog schrijft de behandeling of het gebruik van UV-B lichtapparatuur voor.

Zorgverlener

Een dermatoloog..

21.2. Ontharing

21.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Omschrijving "Extreme haargroei"

Deze behandeling komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de extreme haargroei naar de begrippen van de Nederlandse maatschappij opmerkelijk is. Dit is het geval bij vrouwen en dan alleen nog maar op die plaatsen van het lichaam die normaal gesproken niet bedekt worden door kleding. Onder kleding verstaan wij hier geen badkleding!

21.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van ontharing zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de ontharing voor.

Zorgverlener/leverancier

Een medisch specialist (dermatoloog), huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de ontharing uit.

21.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen;
- b. aanschaf van harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen.

21.3. Acné-behandeling

21.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de behandeling van een ernstige vorm van acné in het gezicht en/of in de hals. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

21.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van acné-behandeling zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om een ernstige vorm van acné in het gezicht en/of de hals.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de acné-behandeling voor.

Zorgverlener/leverancier

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de acné-behandeling uit.

21.4. Camouflagetherapie

21.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. camouflagelessen;
- b. de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

21.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van camouflagetherapie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

De camouflagelessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals te camoufleren.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts (bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog) schrijft de camouflagelessen voor.

Zorgverlener/leverancier

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist geeft de camouflagelessen.

22. Zwangerschap, bevalling en kraamzorg

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

22.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen

22.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. verloskundige zorg;
- b. kraamzorg.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

22.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van verloskundige zorg en kraamzorg algemeen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- Het gaat om verloskundige zorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
- Het gaat om kraamzorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
- U krijgt de verloskundige zorg en kraamzorg geheel of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- a. Een verloskundige of huisarts begeleidt de poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) ("open" verloskamer);
- b. Een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een kraamcentrum dat wij hebben erkend, verleent de kraamzorg.
- c. De instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) brengt de kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening met het DBC-tarief.

Plaats

De kraamzorg vindt plaats bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet in een ziekenhuis) of in het kraamcentrum.

22.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de:

- a. kraamzorg over een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen kraamzorg dan waarop u volgens de hoofdverzekering recht hebt. Dit geldt niet als het gaat om extra kraamzorg als u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- b. verloskundige zorg en kraamzorg over een groter aantal uren kraamzorg dan waarop u recht hebt volgens de hoofdverzekering. Dit geldt niet als het gaat om extra kraamzorg als u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- c. verloskundige zorg en kraamzorg voor de dagen, waarvoor u uit uw aanvullende zorgverzekering een kraamzorguitkering ontvangt.

22.2. Eigen bijdragen voor verloskundige zorg en kraamzorg

22.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de:

- a. eigen bijdrage voor kraamzorg;
- b. eigen bijdrage voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie ("open" verloskamer) in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis).

Dat doen wij tot een bepaald maximumbedrag. Als dit bedrag is bereikt, dan zijn de verdere kosten voor uw rekening. Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximum bedrag is, staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

22.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering aan verloskundige zorg en kraamzorg moet betalen. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Plaats

- De bevalling en/of het kraambed vindt zonder medische noodzaak plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis); of
- De bevalling en/of het kraambed vindt plaats in een kraamcentrum; of
- Na de bevalling in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) krijgt u kraamzorg in een kraamhotel of geboortecentrum; of
- Na de bevalling in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) krijgt u kraamzorg thuis; of
- De bevalling en het kraambed vinden thuis plaats.

22.3. Kraamzorguitkering in plaats van kraamzorg

22.3.1. Zorg die wij vergoeden

In plaats van kraamzorg kunt u kiezen voor een kraamzorguitkering. Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering:

- a. beschouwen wij de dag dat u in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) bevalt als verpleegdag. Bevalt u poliklinisch en wordt daarvoor slechts één verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag. Wij verminderen uw kraamzorguitkering in dat geval niet;
- b. telt het aantal geboren kinderen niet mee;
- c. beschouwen wij de laatste dag die de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) voor u in rekening brengt niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur.

De hoogte van de kraamzorguitkering staat vermeld in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

22.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op een kraamzorguitkering in plaats van kraamzorg zoals staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U bevalt thuis of zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) of kraamcentrum.
- b. U vraagt een kraamzorguitkering aan:
 - in plaats van kraamzorg uit de hoofdverzekering en de aanvullende zorgverzekering en
 - in plaats van de vergoeding van de eigen bijdragen voor die kraamzorg uit de aanvullende zorgverzekering.

U kiest dus voor een vergoeding van de kraamzorg en de eigen bijdragen óf voor een kraamzorguitkering. U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte stellen. U kunt dit doen via onze afdeling Kraamzorgservice.

Als u kraamzorg krijgt of als wij de kosten en/of eigen bijdragen van de kraamzorg vergoeden, krijgt u geen kraamzorguitkering en andersom.

22.3.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij geven geen kraamzorguitkering:

- a. voor de dagen waarop u kraamzorg ontvangt of waarvoor u een vergoeding van kraamzorg en/of eigen bijdragen voor kraamzorg ontvangt;
- b. voor de dagen die de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) voor een ziekenhuisopname bij ons in rekening brengt;
- c. voor meer opnamedagen of voor meer dagen kraamzorg dan waarop u uit uw hoofdverzekering of aanvullende zorgverzekering recht hebt.

22.4. Extra kraamzorg

22.4.1. Zorg die wij vergoeden

In bepaalde gevallen spreken wij met u een aantal extra uren kraamzorg af. Wij vergoeden die extra uren kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg waarop u recht hebt uit uw hoofdverzekering of bovenop de kraamzorguitkering. In Deel 1: Vergoedingen Overzicht staat hoeveel extra uren kraamzorg wij vergoeden.

22.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op extra kraamzorg zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U (de moeder) bent bij ons verzekerd;

- b. U (de moeder) of uw kindje vertoont ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

22.5. Couveuse nazorg

22.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden couveuse nazorg. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

22.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van couveuse nazorg zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U (de moeder) bent bij ons verzekerd voor couveuse nazorg;
- b. Uw kind heeft tenminste vijf dagen in de couveuse gelegen.
- c. Uw kind heeft tenminste acht dagen na de geboorte in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) gelegen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

22.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

22.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kraamzorg nadat moeder en kind uit de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) zijn ontslagen. Hoeveel uren kraamzorg wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht

22.6.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kraamzorg na een ziekenhuisopname zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. De opname van de moeder (en kind) in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) van moeder en kind is gebaseerd op een medische indicatie van de moeder.
- b. De moeder heeft minimaal 14 dagen aansluitend op de bevalling in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) gelegen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

22.7. Reiskosten gezonde moeder

22.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer of taxi, als uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Neemt u voor nadere afspraken daarover contact met ons op.

Toelichting "Uw keuze voor opname of reizen"

Als uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis), omdat het op klinische medisch-specialistische zorg is aangewezen, kunt u ook in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) opgenomen worden. Uw ziekenhuisopname – en uiteraard ook die van uw kind – krijgt u vergoed uit de hoofdverzekering. Maar u bent zelf niet ziek en wellicht dat u ervoor kiest om niet opgenomen te worden maar op en neer te reizen naar uw kind in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Vandaar deze alternatieve vergoeding.

22.7.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt als gezonde moeder recht op vergoeding voor reiskosten zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U (de moeder) hebt bij ons uw hoofdverzekering afgesloten (uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn); en
- b. Uw kind is jonger dan drie maanden; en
- c. Uw kind is op klinische medisch-specialistische zorg aangewezen en daarom opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg(ziekenhuis); en
- d. U (de moeder) bent niet opgenomen in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis).

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een arts schrijft de klinische medisch-specialistische zorg en de ziekenhuisopname van uw kind voor.

22.7.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden uw reiskosten niet als u in aanmerking komt voor:

- a. een vergoeding door de overheid;
- b. een vergoeding uit uw hoofdverzekering.

22.8. Kraamzorg bij adoptie

22.8.1. Zorg die wij vergoeden

Als sprake is van adoptie van een kind jonger dan zes maanden, heeft één verzekerde ouder recht op vergoeding van kosten voor kraamzorg. De kraamzorg omvat ook instructie aan de ouder. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

22.8.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kraamzorg bij adoptie zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende zorgverzekering hebben afgesloten;
- b. Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- c. De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- d. Het adoptie kind is afkomstig uit het buitenland;
- e. Het adoptie kind is op het moment van adoptie ten hoogste zes maanden oud;
- f. Na de adoptie krijgt u kraamzorg thuis.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet uiterlijk vier maanden voor de vermoedelijke adoptiedatum bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of raadpleeg onze internetsite.

Zorgverlener

Een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een kraamcentrum dat wij hebben erkend, verleent de kraamzorg.

22.9. Lactatiekundige zorg

22.9.1. Zorg die wij vergoeden

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor lactatiekundige zorg. Deze zorg omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning bij borstvoeding. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

22.9.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van lactatiekundige zorg zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

De verwijzing van huisarts, verloskundige, gynaecoloog of kinderarts is vereist.

Zorgverlener

- a. De lactatiekundige is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen;
- b. De lactatiekundige maakt gebruik van het Verwijzingsprotocol Lactatiekundige.

22.10. TENS bij bevalling

22.10.1. Zorg die wij vergoeden

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op verstrekking in bruikleen van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) voor pijnbestrijding tijdens de bevalling. Dit apparaat beïnvloedt de pijnprikkels die het lichaam naar de hersenen stuurt, waardoor de intensiteit van de pijn minder wordt. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

22.10.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op verstrekking in bruikleen van een TENS zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

De zorgaanvraag moet u schriftelijk doen. Wij laten u per brief weten of wij een akkoordverklaring geven.

Voorschrift

Een voorschrift is vereist van de verloskundige, huisarts of behandelend medisch-specialist.

23. Advisering

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

23.1. Consulten voor vrouwelijke verzekerden

23.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor:

- a. overgangsconsulten;
- b. consulten jonge vrouwen;

- c. zorgeloos zwanger consulten;
- d. kinderwens consulten;
- e. kankerpreventie consulten;
- f. overige consulten voor vrouwelijke verzekerden.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

23.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van consulten voor vrouwelijke verzekerden zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

- a. de overgangsconsulten worden gegeven door:
 - een overgangsconsulent, die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women of aangesloten bij een andere door ons erkende of gecontracteerde beroepsgroep;
 - een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- b. de overige consulten ten behoeve van vrouwelijke verzekerden worden gegeven door
 - een verloskundige;
 - een consulent die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

Toelichting

Onder "overige consulten" begrijpen wij onder andere consulten over het zorgeloos zwanger zijn of over een kinderwens.

23.2. Sport-medisch advies

23.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden sport-medisch advies door een sportarts. Onder sport-medisch advies verstaan wij:

- a. sport-medische behandelingen;
- b. sportkeuringen;
- c. röntgen- en laboratoriumonderzoek;
- d. sport-medische consulten en sport-medisch onderzoek.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

23.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van sport-medisch advies zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

- a. De sportarts:
 - werkt in een Sport-Medisch Adviescentrum of sport-medische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sport-Medische Instellingen; of
 - is geregistreerd als gecertificeerd sportduikerarts C of D in het register van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde. Hij voert een sportduikmedische keuring uit volgens de wetenschappelijke gestelde eisen van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde.
- b. De therapeut die onder verantwoordelijkheid van een sportarts werkt in een Sport-Medisch Adviescentrum of sport-medische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sport-Medische Instellingen.

23.3. ZorgTV

23.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de abonnementskosten van ZorgTV.

23.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de abonnementskosten van ZorgTV zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen:

- a. Aan de nota is toegevoegd een verklaring van de behandelend arts of -verpleegkundige waaruit blijkt dat het gebruik van ZorgTV een meerwaarde biedt voor uw behandeling, verzorging of verpleging.
- b. ZorgTV wordt voor minimaal één jaar in gebruik genomen.
- c. Kosten van het gebruik van ZorgTV worden uitsluitend vergoed voor zover het gebruik bestemd is voor zorginhoudelijke doeleinden.

Toelichting

ZorgTV biedt de mogelijkheid om zorg op afstand te verlenen. Via de televisie met een vaste verbinding kan met een druk op de knop van een afstandsbediening contact worden opgenomen met een zorgverlener op afstand. Zorgvrager en zorgverlener kunnen elkaar met behulp van een camera verbonden met de televisie zien en kunnen met elkaar spreken. De zorgverlener kan zo de situatie beoordelen en de cliënt of zijn of haar mantelzorger voorzien van informatie, instructie of advies.

24. Cursussen / gezondheidstrainingen / contributies

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

24.1. Cursussen algemeen

24.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. cursussen die gericht zijn op het bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte;
- b. cursussen gericht op afvallen en stoppen met alcoholgebruik;
- c. cursussen gericht op stoppen met roken;
- d. cursussen gericht op EHBO aan kinderen, reanimatietraining, verbandleer.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

24.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van cursussen algemeen zoals staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- De cursus is gericht op het bevorderen van uw gezondheid of het leren omgaan met een aandoening of ziekte.
- U overhandigt ons een bewijs van deelname.
- nota's worden pas vergoed worden na afloop van de cursus.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener/leverancier

De cursus wordt gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;
- b. een G.G.D./D.G.D.;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant-)lid is van of aangesloten is bij:
 - NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
 - CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
 - CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties);
- d. (een polikliniek van) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis);
- e. een andere dan de hiervoor genoemde instanties, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

24.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

- a. Wij vergoeden de cursussen niet als deze in rekening gebracht zijn door een organisatie of vereniging die recht heeft op subsidie of financiering van de overheid.
- b. Wij vergoeden niet:
 - 1) zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek. Die vergoeden wij onder gezondheids-trainingen en beweegprogramma's;
 - 2) sportmassage;
 - 3) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - 4) bedrijfshulpverleningscursussen.

24.2. Cursussen diabetespatiënten

24.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij verhogen de vergoeding die u na gebruik van de digitale diabetespas krijgt voor cursussen (zie artikel 24.1 'Cursussen Algemeen') met een bedrag dat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht staat.

24.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van cursussen voor diabetespatiënten zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U voldoet aan de algemene voorwaarden en regels die gelden voor Cursussen Algemeen, zie artikel 24.1.;
- b. U bent diabetespatiënt;
- c. De cursus heeft betrekking op de aandoening diabetes;
- d. U maakt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel Diabetes Pas (zie de toelichting). Ter bevestiging hiervan hebt u via Internet een voucher ontvangen en uitgeprint;
- e. U dient de nota van de patiëntenverenigingspas bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u de cursus hebt gevolgd;
- f. In de gehele periode dat u van het internethulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op een verhoging van de cursusbedragen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De cursus wordt gegeven door een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant)lid is van of aangesloten is bij:

- NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
- CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
- CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties);

Deze patiëntenvereniging behartigt de gezondheidsbelangen van diabetespatiënten.

Toelichting "Diabetes Pas"

Diabetes Pas is een hulpmiddel dat u via onze internetsite wordt aangeboden. Het helpt u als diabetespatiënt bij het bewaken van uw aandoening en dus uw eigen gezondheid.

24.3. Gezondheidstrainingen en beweegprogramma's

24.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. gezondheidstrainingen en beweegprogramma's;
- b. cursussen en beweegprogramma's tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling en begeleiding tijdens de bevalling; cursussen ter bevordering van het fysieke herstel, tot maximaal zes maanden na de bevalling.
- c. deelname aan activiteiten van sportorganisaties voor hartpatiënten.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

24.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van gezondheidstrainingen, beweegprogramma's, cursussen, beweegprogramma's tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling begeleiding tijdens de bevalling en cursussen ter bevordering van het fysieke herstel. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- De cursus, de gezondheidstraining of het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden en activeren van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl;
- U overhandigt ons een bewijs van deelname;
- In de gehele periode dat u een cursus, gezondheidstraining of beweegprogramma volgt, hebt u een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op een vergoeding van deze trainingen en programma's;
- Voor de deelname aan activiteiten van sportorganisaties is vereist, dat deze plaatsvinden onder deskundige begeleiding met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts of medisch-specialist. De nota gaat vergezeld van deze schriftelijke goedkeuring.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De cursus, de gezondheidstraining of het beweegprogramma wordt gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;
- b. een G.G.D./D.G.D.;
- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant)lid is van of aangesloten is bij:
 - NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
 - CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
 - CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties);
- d. (een polikliniek van) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis);
- e. een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheidstrainingen en beweegprogramma's;
- f. een andere instantie, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

24.3.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden de cursussen, gezondheidstrainingen en beweegprogramma's niet:

- als deze in rekening gebracht zijn door een organisatie of vereniging die recht heeft op subsidie of financiering van de overheid;
- als deze te maken hebben met behandelingen die wij genoemd hebben in artikel 6.3..

24.4. Contributie patiëntenvereniging

24.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de contributie en/of het inschrijfgeld van:

- a. één of meer patiëntenverenigingen;
- b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling.

Het aantal patiëntenverenigingen waarvan wij de contributie of het inschrijfgeld vergoeden en hoeveel wij daarvan vergoeden, staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

24.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de contributie van een patiëntenvereniging, kruisvereniging of thuiszorginstelling zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

- a. Een patiëntenvereniging. Met patiëntenvereniging bedoelen we een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant-)lid is van of aangesloten is bij:
 - NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
 - CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
 - CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties).
- b. Een kruisvereniging of thuiszorginstelling kan regionaal of landelijk werken of georganiseerd zijn.

24.5. Revalidatiezwemmen

24.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de abonnementskosten voor revalidatiezwemmen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

24.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van de abonnementskosten voor revalidatiezwemmen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist schrijft revalidatiezwemmen voor.

Verwijzing

Een verwijzing is niet vereist.

Zorgverlener

Het zwemmen vindt plaats onder begeleiding van een fysiotherapeut.

25. Overige therapieën

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

25.1. Voetbehandeling (podotherapie en podologie)

25.1.1. Podotherapie en podologie in algemene gevallen

25.1.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut;
- b. podologische behandelingen door een podoloog.

Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

25.1.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van podotherapie en podologie in algemene gevallen zoals staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling voor.

Zorgverlener

Een podotherapeut of podoloog voert de behandeling uit.

25.1.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

- a. Steunzolen vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.8. 'Steunzolen';
- b. Podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.9. 'Podotherapeutische hulpmiddelen';
- c. Behandelingen door een pedicure vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 25.1.2 'Podotherapie in bijzondere gevallen'.

Kijk in uw Vergoedingen Overzicht of u hiervoor verzekerd bent.

25.1.2. Podotherapie en pedicure behandelingen in bijzondere gevallen

25.1.2.1. Zorg die wij vergoeden

- a. Wij vergoeden podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut;
- b. Lijdt u aan diabetes mellitus, dan vergoeden wij de behandeling door:
 - een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet); of
 - medisch pedicure;
- c. Lijdt u aan reumatoïde artritis, dan vergoeden wij behandeling door
 - een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie RV (reumatische voet); of
 - medisch pedicure.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

25.1.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van podotherapie en podologie in bijzondere gevallen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

U lijdt aan:

- a. diabetes mellitus;
- b. reumatoïde artritis;
- c. ernstige bloedvatproblemen in de benen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling of het consult voor.

Zorgverlener/leverancier

De behandeling wordt uitgevoerd door:

1. een podotherapeut;
2. een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetespatiënten (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure (zie www.ProCert.nl) geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) of medisch pedicure). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt een praktijk als

- pedicure voor onder andere diabetespatiënten. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;
3. een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van patiënten met reumatoïde artritis (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure (zie www.ProCert.nl) geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie RV (reumatische voet) of medisch pedicure). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt een praktijk als pedicure voor onder andere patiënten met reumatoïde artritis. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan reumatoïde artritis. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed.

25.1.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

- a. Steunzolen vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.8. 'Steunzolen';
- b. Podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.9. 'Podotherapeutische hulpmiddelen';
- c. De behandelingen door een podoloog vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 25.1.1. 'Podotherapie en podologie in algemene gevallen'. Kijk in uw Vergoedingen Overzicht of u hiervoor verzekerd bent.

25.2. Stottertherapie

25.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. Stottertherapie in individueel- of in groepsverband volgens de methode:
 - 1) Del Ferro;
 - 2) B.O.M.A.;
 - 3) I.N.S. (Instituut Natuurlijk Spreken, voorheen Hausdörfer).
- b. Pensionkosten. Het gaat om de noodzakelijke kosten die rechtstreeks te maken hebben met uw verblijf in een pension als en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

25.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van stottertherapie en pensionkosten zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Pensionkosten komen voor vergoeding in aanmerking als ook de stottertherapie zelf vergoed wordt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd voor de therapiekosten en eventueel de pensionkosten en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

Een arts schrijft de stottertherapie voor.

25.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet.

25.3. Traumazorg

25.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kosten voor opvang na een schokkende gebeurtenis in Nederland als u getroffen of direct betrokkene bent. Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

- een overval;
- een gijzeling;
- agressie of ongeval waarbij zich letselschade voordoet;

- agressie op de werkplek;
- ongewenste omgangsvormen.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

25.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van opvang na een schokkende gebeurtenis zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- De gebeurtenis moet een acute ontwrichting van het bestaan tot gevolg hebben en zo spoedig mogelijk worden gemeld bij ons.
- De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn in de vorm van een bewijs van aangifte bij de politie.
- Vergoeding vindt uitsluitend plaats als u gebruik maakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of raadpleeg onze internetsite.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

25.4. Obesitas behandeling

25.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor poliklinische behandeling van ziekelijk overgewicht. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

25.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van poliklinische behandeling van ziekelijk overgewicht zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende zorgverzekering met deze vergoeding hebt afgesloten.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u verwijzen naar een behandelcentrum waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Zorgverlener

De behandeling vindt plaats in een door ons erkend of gecontracteerd behandelcentrum.

25.5. Gewichtscontrole van kinderen

25.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor een gewichtscontroleprogramma voor verzekerde kinderen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

25.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van gewichtscontroleprogramma voor kinderen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u verwijzen naar een instelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Zorgverlener

Het controleprogramma wordt uitgevoerd in een door ons erkende of gecontracteerde instelling.

26. Verblijf en vervoer

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

26.1. Therapeutisch kamp

26.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de deelnamekosten van uw verzekerd kind jonger dan 18 jaar aan een therapeutisch (vakantie)kamp voor kinderen:

- a. met astma;
- b. met diabetes mellitus;
- c. met obesitas.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

26.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

Uw verzekerd kind jonger dan 18 jaar heeft recht op vergoeding van deelname aan een therapeutisch (vakantie)kamp zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Uw kind lijdt aan één van de hiervoor genoemde aandoeningen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Een door ons erkende representatieve vereniging of instelling die de belangen van patiënten met een van de hiervoor genoemde aandoeningen behartigt, organiseert het kamp.

Toelichting "Erkende instellingen"

Het Nederlands Astma Fonds, de Diabetesvereniging Nederland en de Nederlandse Diabetes Federatie zijn voorbeelden van instellingen die wij erkend hebben. Voor obesitas beschouwen we Victory Camp als een erkend vakantiecamp.

26.2. Logeerkosten

26.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. het verblijf van u en/of maximaal twee logés 's nachts in een logeerhuis (één kamer in totaal) als u of een verzekerd gezinslid (kind of partner) wordt behandeld in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). De logé hoeft niet bij ons verzekerd te zijn. Als de logé niet bij ons verzekerd is dan vergoeden wij de logeerkosten uit de aanvullende zorgverzekering van de verzekerde die wordt behandeld.
- b. het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis, een gezinsvervangend tehuis voor kinderen met een levensbedreigende ziekte.
- c. het verblijf van u 's nachts in de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in aansluiting op een poliklinische behandeling met chemo- of radiotherapie .

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeerhuis of Mappa Mondo huis. Na onze akkoordverklaring mag u of de logé(s) dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of de logé(s) in het logeerhuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Zorg die wij vergoeden":

De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende zorgverzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de aanvullende zorgverzekering van de logé.

26.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van logeerkosten zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Als uw aanvullende zorgverzekering logeerkosten en bezoekkosten (gezamenlijk) vergoedt, moet u vooraf kiezen of u logeerkosten óf bezoekkosten vergoed wilt krijgen.

U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte brengen. Doet u dat niet, dan beschouwen wij de eerste rekening voor bezoekkosten of logeerkosten die u indient als uw keuze.

Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoekkosten en andersom.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Het logeerhuis is een niet-commerciële instelling (bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis, een Mappa Mondo huis of kinderspice) en heeft een verbinding met:

- een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) in Nederland of uw woonland; of
- een gecontracteerde instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) buiten uw woonland.

Toelichting "Verblijf in logeerhuis"

Bij verblijf in een logeerhuis is er bijvoorbeeld sprake van een zeer ingrijpende behandeling zoals een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie. De patiënt is vaak een kind maar het kan ook een volwassene zijn. Zo kan een kind de behoefte hebben om één of beide ouders in de directe omgeving te hebben. Een volwassene kan graag zijn partner bij zich willen hebben.

Toelichting "Verblijf in een logeerhuis door de patiënt of door bezoek"

Als sprake is van bijvoorbeeld een zeer ingrijpende behandeling zoals een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie, kan de patiënt opgenomen en verpleegd worden in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hij kan ook in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. Is de patiënt opgenomen, dan mag de partner of één of beide ouders in het logeerhuis verblijven. Krijgt de patiënt een poliklinische behandeling, dan mag ook hij gebruik maken van het logeerhuis. Zolang maar in totaal één kamer in het logeerhuis wordt gebruikt.

26.2.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

26.3. Bezoekkosten

26.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. de reiskosten van één bezoeker vanaf de eerste dag van de opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hiervoor geldt dat:
 - 1) Degene die opgenomen is, uzelf bent of uw kind is.
 - 2) Wij de reiskosten éénmaal vergoeden in een bepaalde periode; hoelang die periode duurt, staat in uw Vergoedingen Overzicht.
 - 3) Wij per bezoek maximaal het aantal kilometers voor de heen- en de terugreis voor één

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- gezinslid vergoeden.
- 4) Het bezoekende gezinslid niet bij ons verzekerd hoeven te zijn.
 - 5) Als u alleenstaand bent en geen gezinsleden hebt, wij de reiskosten van iemand vergoeden. Ook deze persoon hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.
- b. de reiskosten van u als ouders vanaf de eerste dag van de opname van uw verzekerde kind in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis):
- 1) Uw kind dat is opgenomen, is jonger dan 18 jaar.
 - 2) Uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg buiten uw woonplaats.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Zorg die wij vergoeden":

De bezoeken vergoeden wij uit de aanvullende zorgverzekering van degene die opgenomen is. Is deze niet verzekerd voor bezoekkosten, maar de bezoeker wel, dan vergoeden wij bezoekkosten uit de aanvullende zorgverzekering van de bezoeker.

26.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van bezoekkosten zoals staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Voorwaarden geldend voor 26.3.1.a:

- a. De afstand wordt gemeten over de meest gebruikelijke weg tussen uw wettelijke woonadres en de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Deze is minimaal het aantal kilometers enkele reis dat in het Vergoedingen Overzicht staat.
- b. U voldoet aan de minimum periode van opname als wij deze als voorwaarde stellen om in aanmerking te komen voor bezoekkosten. Of wij deze minimumperiode als voorwaarde stellen en hoelang die periode is, staat in het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden geldend voor 26.3.1.a en 26.3.1b:

- a. U bent voor medisch-specialistische zorg opgenomen en wordt verpleegd in een revalidatie-inrichting of (psychiatrische) instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) in:
 - uw woonland; of
 - België of Duitsland, als u in Nederland woont.
- b. Als uw aanvullende zorgverzekering logeerkosten en bezoekkosten (gezamenlijk) vergoedt, moet u vooraf kiezen of u logeerkosten óf bezoekkosten vergoed wilt krijgen. U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte brengen. Doet u dat niet, dan beschouwen wij de eerste rekening voor bezoekkosten of logeerkosten die u indient als uw keuze. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoekkosten en andersom.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als u in aanmerking wilt komen voor vergoeding van bezoekkosten tijdens een opname in België of Duitsland, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de opname in het betreffende land.

Toelichting "Zorgadvies aanvragen voor opname in België of Duitsland"

Als u in Nederland woont en in België of Duitsland in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) behandeld wilt worden, moet u dat vooraf bij ons aanvragen. Wij geven een akkoordverklaring als wij bijvoorbeeld met die instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) een afspraak over de behandelprijs hebben gemaakt. Het gaat dan om de kosten die uit de hoofdverzekering kunnen worden vergoed.

26.3.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de reiskosten voor een bezoek als u bent opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg in een ander land, dan Nederland, België, Duitsland of uw woonland. Ook de reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.) vergoeden wij

niet.

26.4. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse

26.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse (klassentoeslag) van een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Het tarief van de laagste klasse (meestal is dat 3^e klasse) wordt vergoed uit de hoofdverzekering.

Als u verzekerd bent voor klasse 2/2B of 2A en u wordt verpleegd in de 1^e of 2^e klasse in een instelling die maar één 2^e klasse heeft, vergoeden wij ziekenhuisverpleging volgens het tarief van die 2^e klasse.

26.4.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van ziekenhuisverpleging in een hogere klasse zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de kosten die uit de hoofdverzekering worden vergoed, als dit vereist is volgens de voorwaarden van de hoofdverzekering.

Voorschrift

Een arts schrijft de opname voor.

Zorgverlener

De instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) brengt de kosten in rekening met het DBC-tarief of de klassentoeslag.

26.4.3. Zorg die wij niet vergoeden

Verpleging in de laagste klasse vergoeden wij niet uit uw aanvullende zorgverzekering; deze wordt vergoed uit de hoofdverzekering.

Verpleging in een 2^e klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland, vergoeden wij uit de hoofdverzekering.

Verpleging in een hogere klasse vergoeden wij niet als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) voor medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

26.5. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

26.5.1. Zorg die wij vergoeden

- a. Liggelduitkering. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis), geven wij u een vast bedrag per dag. Dat kunt u naar eigen wens besteden aan bijvoorbeeld huur van televisie, telefoon, internet en radio.
- b. Compensatieuitkering. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis), geven wij u een vast bedrag per dag voor de periode van verblijf in een dergelijke instelling in Nederland of uw woonland waarin geen kamer voor maximaal twee personen beschikbaar is.
- c. Televisie, telefoon, internet en radio: De verzekerde van 18 jaar en ouder heeft recht op vergoeding van huurkosten voor televisie, telefoon, internet en radio, in rekening gebracht tijdens ziekenhuisverblijf.

- d. Reiskosten partner: De verzekerde van 18 jaar en ouder heeft recht op vergoeding van reiskosten gemaakt door zijn/haar partner naar en van het ziekenhuis in Nederland of het woonland waar de verzekerde verblijft. Vergoed worden de kosten van openbaar vervoer 2e klasse, of eigen vervoer op basis van gereden kilometers via de kortst mogelijke route. Hoe hoog de uitkering of vergoeding is, staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

26.5.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op een uitkering of vergoeding bij een ziekenhuisopname zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- U dient bij ons een verzoek in voor de liggeld- of compensatieuitkering als u wordt opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Als u ons niet om de liggeld- of compensatieuitkering verzoekt en u hebt bij ons naast uw aanvullende zorgverzekering ook een hoofdverzekering afgesloten, beschouwen wij de rekening van uw opname en verpleging als een verzoek tot uitkering van het liggeld.
- Als het verblijf twee aaneengesloten kalenderjaren bestrijkt, wordt slechts eenmaal de maximale liggelduitkering danwel compensatieuitkering gedaan.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de opname voor.

26.5.3. Zorg die wij niet vergoeden

- Wij keren geen liggeld of compensatie uit als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) voor medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.
- Wij vergoeden geen aansluit-, verbindings- of gesprekskosten voor telefoon of internet.

26.6. Zittend ziekenvervoer

26.6.1. Zorg die wij vergoeden

In bepaalde gevallen vergoedt uw hoofdverzekering het zittend ziekenvervoer van en naar een zorgverlener per taxi, huurauto of eigen auto gedeeltelijk. U betaalt hieraan per jaar zelf een bedrag (de eigen bijdrage). De hoogte van dit bedrag is wettelijk vastgesteld. Daarnaast geldt een maximum vergoeding per gereden kilometer. Hogere kosten betaalt u zelf. In andere gevallen vergoedt de hoofdverzekering niets en betaalt u zelf alle kosten.

De aanvullende zorgverzekering:

- a. vergoedt de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de hoofdverzekering per jaar moet betalen voor zittend ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, huurauto, eigen auto of taxi;
- b. geeft tot een bepaald bedrag per kilometer een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de hoofdverzekering bij gebruik van huurauto, eigen auto of taxi. Het gaat daarbij om de kilometers die u gedeeltelijk vergoed krijgt uit de hoofdverzekering;
- c. vergoedt de kosten voor zittend ziekenvervoer per taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch-specialistische zorg of huispraktijk van een medisch-specialist en terug, als u geen vergoeding krijgt uit de hoofdverzekering.
- d. vergoedt de kosten voor zittend ziekenvervoer per huurauto of eigen auto binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch-specialistische zorg of huispraktijk van een medisch-specialist en terug, als u geen vergoeding krijgt uit de hoofdverzekering.

Op Deel 1: Vergoedingen Overzicht staat of de eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de

(aanvullende) kilometervergoeding is.

Toelichting "Zittend ziekenvervoer"

Onder zittend ziekenvervoer verstaan we wat in de Zorgverzekeringswet met zittend ziekenvervoer wordt bedoeld. De omschrijving vindt u in de verzekeringsvoorwaarden van uw hoofdverzekering.

26.6.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van zittend ziekenvervoer zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Voorwaarde geldend voor 26.6.1.a t/m 26.6.1.d:

- Het zittend ziekenvervoer houdt verband met een medisch onderzoek of medische behandeling die (gedeeltelijk) op grond van de hoofdverzekering of de aanvullende zorgverzekering wordt vergoed.

Voorwaarde geldend voor 26.6.1.c en 26.6.1.d:

- De behandelend medisch-specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch-specialist schrijft het ziekenvervoer voor, als het gaat om het zittend ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.a. of b..

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener/leverancier

- Het ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.a. of b. vindt plaats met een erkende vergunninghoudende taxivervoerder, het openbaar vervoer of door gebruik te maken van uw eigen auto of huurauto.
- Het ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.c. vindt plaats met een erkende vergunninghoudende taxivervoerder.
- Het ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.d. vindt plaats met een huurauto of eigen auto.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

26.6.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
- b. de kosten van een helikoptervlucht bij een tijdelijk verblijf buiten uw woonland;
- c. de kosten van ziekenvervoer in verband met AWBZ-zorg;
- d. de kosten van openbaar vervoer als het gaat om ziekenvervoer als genoemd onder artikel 26.6.1.c. of d., en kosten van vervoer dat verband houdt met resocialisatie en weekendverlof.

26.7. Herstellingsoord

26.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het verblijf in een door ons geselecteerd herstellingsoord in verband met herstel van een lichamelijke aandoening. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

26.7.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van verblijf in een herstellingsoord zoals vermeld staat in Deel 1:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Als het verblijf aaneengesloten twee jaren of meer bestrijkt en uw aanvullende zorgverzekering een maximaal bedrag vergoedt, wordt maar eenmaal die maximale vergoeding verleend.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Plaats

U verblijft in een herstellingsoord. Daaronder verstaan we:

- a. een instelling die in Nederland is gevestigd en:
 - 1) lid is van het Verbond van Nederlandse Herstelingsoordorganisaties;
 - 2) niet uit een wettelijke verzekering of uit de AWBZ wordt vergoed, gefinancierd of gesubsidieerd; en
- b. een instelling waar wij een contract mee hebben gesloten of een instelling die door ons is gelijkgesteld aan een herstellingsoord.

Informatie over herstellingsoorde kunt u telefonisch bij ons opvragen of vindt u op onze internetsite.

26.8. Eigen bijdrage thuiszorg of hospice

26.8.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor:

- a. huishoudelijke verzorging zoals die is vastgelegd in de Wmo en wordt uitgevoerd door de gemeente waar u woont;
- b. persoonlijke verzorging en verpleging zoals die is opgenomen in de AWBZ en verleend wordt bij u thuis of tijdens een verblijf in een hospice of bijnaathuis-huis.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

26.8.2. Zorg die wij niet vergoeden

De zorg die wij niet vergoeden is:

- a. de eigen bijdrage die ingehouden is op een Persoonsgebonden Budget (PGB);
- b. de eigen bijdrage voor verblijf in een instelling.

26.9. Ondersteuning thuissituatie

26.9.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor :

- a. 24-uurs verzorging als sprake is van een chronisch ziektegeval;
- b. zorgondersteuning na een ziekenhuisverblijf.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

26.9.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van verzorging of zorgondersteuning zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Er moet sprake zijn van onoplosbare problemen in de thuissituatie waardoor ondersteuning door middel van professionele hulp nodig is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij bemiddelen als u professionele ondersteuning nodig hebt.

Toelichting

Deze ondersteuning kan diensten betreffen zoals een nanny-service, een hondenuitlaatservice of een hulp voor onvermijdelijke

huishoudelijke werkzaamheden.

26.10. Kinderopvang

26.10.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kosten voor kinderopvang. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

26.10.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van kinderopvang zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. De kinderopvang betreft uw kind(eren) tot 14 jaar.
- b. De verzorgende ouder moet ook een aanvullende zorgverzekering hebben en zijn opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg.
- c. De vergoeding begint vanaf de tiende dag van de opname van de verzorgende ouder.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf (telefonisch) bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

27. Buitenland

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is.

27.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

27.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (de kosten van) spoedeisende zorg die u ondergaat tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland. Deze kosten vallen geheel of gedeeltelijk buiten de voorwaarden van de hoofdverzekering en/of een bijzonderlijk gesloten (reis)verzekering. Afhankelijk van uw aanvullende zorgverzekering gaat het om:

- a. kosten die u in het buitenland maakt en die uw hoofd- of aanvullende zorgverzekering ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt.
De voorwaarden, uitsluitingen, eigen bijdragen, eigen risico, etc. die gelden voor de vergoeding voor de zorg in Nederland of uw woonland, zijn dus ook van toepassing als u de kosten van de zorg in het buitenland maakt.
Wij vergoeden de kosten volgens de tarieven die gelden in het land waar u de kosten maakt. De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Wij vergoeden de hogere kosten vanuit de aanvullende zorgverzekering. Dat doen we echter niet onbeperkt; wij hanteren de tarieven zoals die in Nederland gebruikelijk (marktconform) zijn. De aanvullende zorgverzekering vergoedt die hogere kosten van buitenlandse zorg tot het maximum tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;
- b. een tandheelkundige behandeling door een tandarts;
- c. het terug naar huis brengen van de zieke verzekerde (repatriëring) in een ambulance, taxi of huurauto met tussenkomst van onze hulpdienst. Dit als medisch noodzakelijke zorg voor een ernstige aandoening niet, niet passend of niet op tijd in de omgeving van uw verblijfplaats in het buitenland kan worden geboden, terwijl die medische zorg wel passend en op tijd in Nederland of uw woonland (als u niet in Nederland woont) kan worden geboden. Na overleg met ons kunt u ook van een ander vervoermiddel gebruikmaken als wij u daarvoor een akkoordverklaring geven. Repatriëring beschouwen wij als een bepaalde vorm van ziekenvervoer. In artikel 1. Begripsomschrijvingen staan onder "repatriëring" en "ziekenvervoer" de eisen die wij aan dit vervoer stellen;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- d. begeleiding door een aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. terug naar huis gebracht (gerepatrieerd) wordt. Hoeveel gezinsleden de zieke verzekerde mogen begeleiden, staat in uw Vergoedingen Overzicht;
- e. medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. terug naar huis gebracht (gerepatrieerd) wordt;
- f. vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde uit het buitenland naar Nederland of uw woonland;
- g. toezending van noodzakelijke geneesmiddelen en/of hulpmiddelen;
- h. redding en berging en het regelen daarvan door een bevoegde instantie;
- i. telecommunicatiekosten;
- j. medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst (de zogenaamde "reisarts") voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Bijvoorbeeld voor uw bagage maar ook omdat repatriëring in veel gevallen niet onder de voorwaarden van uw (aanvullende) zorgverzekering valt.

Voorbeelden

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het repatriëren van een overledene valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende zorgverzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

27.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- b. De zorg is spoedeisend;
- c. De zorg is medisch noodzakelijk;
- d. Het bedrag dat u declareert, voldoet aan de gebruikelijke tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;
- e. De zorg is niet het gevolg van een van tevoren bedacht plan om buiten uw woonland behandeld te worden;
- f. De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- g. Als u bij ons kosten voor zorg in het buitenland declareert, vergoeden wij deze aan u. Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- h. U moet geheel medewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten.

Zorgverlener/leverancier

- Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg.
- Een leverancier die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, levert de goederen.
- De zorgverlener en de leverancier voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

27.1.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. het vervoer per helikopter en vliegtuig in of vanuit het buitenland, ook al is dit vervoer noodzakelijk voor redding, vervoer van zieken of slachtoffers van ongevallen, of anderszins;
- b. de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden geneesmiddelen en/of hulpmiddelen.

27.2. Preventie voor reizen naar het buitenland

27.2.1. Zorg die wij vergoeden

Ter voorkoming van een ziekte vergoeden wij:

- a. tabletten tegen:
 - 1) malaria;
 - 2) tyfus.
- b. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) difterie;
 - 2) tetanus;
 - 3) polio;
 - 4) hepatitis-A;
 - 5) hepatitis-A/B;
 - 6) gele koorts;
 - 7) tyfus.

Voorbeelden

Voor landen waar zowel hepatitis-A als hepatitis-B heersen, wordt ook wel een combinatievaccin gegeven, bijvoorbeeld Twinrix.

- c. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) hepatitis-B;
 - 2) tuberculose;
 - 3) meningitis;
 - 4) Japanse encefalitis;
 - 5) tekenencefalitis;
 - 6) rabiës (hondsdolheid).
- d. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) cholera.
- e. preventieve injecties en preventieve geneesmiddelen in verband met een (vakantie)reis naar een land met een verhoogd risico op (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Onder injectie verstaan we de kosten van de entstof, het injectiemateriaal, het vaccineren, het toedienen van de injectie zelf of het daarvoor in rekening gebrachte consult.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

27.2.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op zorg ter preventie voor reizen naar het buitenland zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- U gaat op reis (voor vakantie of zaken) naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve injecties of - geneesmiddelen worden voorgeschreven;
- De preventieve injecties of - geneesmiddelen zijn niet onnodig kostbaar of ondoelmatig.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u wijzen op zorgverleners en leveranciers met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Voorschrift

Een (bedrijfs)arts of zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) schrijft de preventieve middelen of preventieve injecties voor en geeft deze.

Leverancier

Een apotheek of G.G.D. levert de entstof van de preventieve injecties.

27.3. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

27.3.1. Zorg die wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van kosten:

- a. voor zorg buiten uw woonland;
- b. voor zorg buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

27.3.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op zorg buiten uw woonland zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

- a. De zorg komt volgens het voor u geldende Deel 1: Vergoedingen Overzicht van de door u gesloten aanvullende zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking. Het moet dus zorg betreffen, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden.
- b. De medische kosten in het buitenland worden ten hoogste vergoed volgens de tarieven in Nederland of in uw woonland.
- c. De voorwaarden die staan vermeld bij de afzonderlijke vergoedingen van de aanvullende zorgverzekeringen blijven van kracht.

Zorgverlener/leverancier

- Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg.
- Een leverancier die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, levert de diensten en goederen.
- De zorgverlener en de leverancier voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

27.3.3. Zorg die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a. kosten voor vervoer naar en vanuit het buitenland.

28. Afwijkende bepalingen

Kijk op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht of de afwijking hieronder op uw (aanvullende zorg)verzekering van toepassing is.

28.1. Algemeen

Er zijn een of meer afwijkingen van of aanvullingen op deze algemene voorwaarden van toepassing op diverse aanvullende zorgverzekeringen en op andere verzekeringen dan zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet. De afwijkingen en/of aanvullingen die mogelijk van kracht zijn, staan in dit artikel. Of een afwijking of aanvulling daadwerkelijk op uw (aanvullende zorg)verzekering van kracht is, kunt u op uw Deel 1: Vergoedingen Overzicht vinden. Die afwijkende / aanvullende bepaling staat dan daar genoemd en daar wordt ook verwezen naar de tekst van het juiste onderdeel in dit artikel.

28.2. Afwijkende en aanvullende bepalingen

a. Tussentijdse verandering van aanvullende zorgverzekering bij verandering van de gezinssamenstelling (“Meegroeiservice”)

Wijzig uw gezinssamenstelling dan is tussentijdse wijziging van uw aanvullende zorgverzekering mogelijk. In dat geval kan een wijziging maximaal één keer per jaar plaatsvinden. De ingangsdatum van de wijziging van uw aanvullende zorgverzekering is de eerste van de maand volgend op de datum waarop u de wijziging hebt aangevraagd, tenzij u hebt aangegeven dat de aanvullende zorgverzekering op een latere datum moet ingaan. U kunt deze wijziging telefonisch aan ons doorgeven.

b. Ouders en kinderen tot 18 jaar verschillende aanvullende zorgverzekeringen

Als afwijking op artikel 4.3. en aanvullend op artikel 5.1.1.d. mag uw kind tot 18 jaar een of meer andere aanvullende zorgverzekeringen afsluiten dan zijn ouders. De aanvullende zorgverzekeringen van uw kind zijn dan niet meer gratis. Ook niet die aanvullende zorgverzekering die hetzelfde is als die van een of beide ouders, zolang uw kind tenminste één aanvullende zorgverzekering heeft die zijn ouders niet hebben. Op uw kind is dan de premie vanaf 18 jaar van toepassing.

c. Niet-zorgverzekering

De verzekering waarop deze bepaling van toepassing is, is niet een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet; zo'n verzekering noemen wij een “niet-zorgverzekering”. Deze niet-zorgverzekering kunt u alleen sluiten als u ingevolge de Zorgverzekeringswet niet (langer) verzekeringsplichtig bent. De niet-zorgverzekering eindigt op het moment:

- 1) dat u verzekeringsplichtig wordt in de zin van de Zorgverzekeringswet;
- 2) dat u verhuist naar een ander land dan uw aanvankelijke woonland waarvoor u de niet-zorgverzekering sloot;
- 3) dat u woont in een EU-Lidstaat, niet zijnde Nederland, (waar de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 van toepassing is), een EER-Lidstaat of een zogenaamd Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten en u op grond van die Verordening of dat Verdrag recht hebt op zorg of vergoeding van de kosten ervan ten laste van Nederland volgens de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland. U moet ons een afschrift geven van uw inschrijvingsbewijs bij het uitvoeringsorgaan of de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland;

d. Premie van een niet-zorgverzekering en aanvullende zorgverzekeringen

- 1) Wij stellen de hoogte van de premie van een niet-zorgverzekering en aanvullende zorgverzekeringen vast, waarop deze bepaling van toepassing is. Die premie is niet gelijk aan de premie van een zorgverzekering of andere aanvullende zorgverzekeringen. Dat geldt ook voor de premie voor verzekerden tot 18 jaar.
- 2) Voor de premiebetaling voor de aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, is behalve u (verzekeringnemer) ook de Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) van de Nederlandse Gemeenten, die met ons een collectieve overeenkomst heeft gesloten en waarbij u als uitkeringsgerechtigde bent ingeschreven, hoofdelijk aansprakelijk.
- 3) Op de aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, is een afwijkende premie van toepassing voor een missionaris tijdens zijn verblijf en werkzaamheden in het buitenland.
- 4) Krachtens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 is voor verdragsverzekerden en diens (fictieve) medeverzekerden geen premie verschuldigd.
- 5) Op de aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, passen we de premie aan, wanneer u één van de volgende leeftijden bereikt: 18 jaar, 30 jaar, 40 jaar, 50 jaar, 60 jaar en 70 jaar. Deze premieaanpassing gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u jarig bent.

e. Vergoedingen en aanspraken van een niet-zorgverzekering

De vergoedingen en aanspraken van een niet-zorgverzekering zijn gelijk aan de vergoedingen en aanspraken van:

- 1) onze Zorgverzekering Natura;
- 2) onze Zorgverzekering Restitutie.

f. Afwikkeling nota's

Ook afschriften van originele nota's van zorgverleners en leveranciers van medische diensten en goederen nemen wij voor de beoordeling van uw vergoedingen en aanspraken in behandeling als deze afschriften vergezeld gaan van een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland. Daaruit moet blijken dat het geheel danwel een deel van de kosten van medische behandeling en levering van diensten en goederen niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen en hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

g. Zorgverlener / zorginstelling / leverancier buiten Nederland

Als u een behandeling in het buitenland krijgt of daar medische goederen geleverd krijgt, moet de zorgverlener / zorginstelling / leverancier in dat land gevestigd zijn en voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep / bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld. Niet is noodzakelijk dat wij een overeenkomst met deze zorgverlener / zorginstelling / leverancier hebben gesloten voor het leveren van zorg. Ook is niet noodzakelijk dat deze zorgverlener / zorginstelling / leverancier voldoet aan eisen (zoals contractering of erkenning) waardoor de door hem geleverde zorg volgens de sociale of wettelijke verzekering van het betreffende land vergoed wordt.

h. Tarieven buiten Nederland

Bij de vergoeding van kosten van zorg door buiten Nederland gevestigde zorgverleners en leveranciers gaan wij uit van ten hoogste bepaalde tarieven die op het moment van uw behandeling van kracht zijn. Wij stellen die tarieven als volgt vast:

- 1) Krijgt u zorg door een zorgverlener, zorginstelling of leverancier, met wie door of namens ons tarieven zijn afgesproken, dan vergoeden wij de kosten volgens deze afgesproken tarieven;
- 2) Krijgt u zorg door een zorgverlener, zorginstelling of leverancier, met wie door of namens ons geen tarieven zijn afgesproken, dan vergoeden wij de kosten volgens de (maximum-)tarieven zoals die op dat moment wettelijk in uw woonland van kracht zijn;
- 3) Krijgt u zorg door een zorgverlener, zorginstelling of leverancier, met wie door of namens ons geen tarieven zijn afgesproken en bestaan voor die zorg op dat moment in uw woonland ook geen wettelijk vastgestelde (maximum-)tarieven, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de tarieven, die wij redelijkerwijs als marktconforme tarieven in uw woonland kunnen beschouwen.

Wijken de marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg af van de marktconforme tarieven in Nederland, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot maximaal de hoogste van de twee marktconforme tarieven.

i. Eigen risico

- 1) Op de niet-zorgverzekering zijn de volgende regels voor eigen risico van toepassing:
 - a. U heeft keuze uit de eigen risico bedragen € 100, € 200, € 300, € 400 en € 500 per verzekerde per jaar;
 - b. Alle leden van uw gezin moeten hetzelfde eigen risico kiezen;
 - c. Het eigen risico per gezin bedraagt per jaar maximaal tweemaal het eigen risico dat u per verzekerde hebt gekozen;
 - d. In de loop van het jaar wordt het gezins eigen risico verminderd met gemaakte kosten, die onder de dekking vallen. U betaalt deze kosten zelf, totdat het totaal daarvan gelijk is aan het gehele gezins eigen risico per jaar en dat eigen risico zodoende tot € 0,00 is teruggebracht. Daarna krijgt u in dat jaar de verzekerde

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

kosten voortaan van ons volgens de verzekeringsvoorwaarden vergoed. In januari van het jaar daarop bepalen wij opnieuw de hoogte van het gezins eigen risico. U begint dan weer van voren af aan met het afbouwen van het gezins eigen risico;

- e. Het gezins eigen risico wordt niet verminderd met eigen bijdragen of overstijging van een maximum vergoeding.
- 2) Voor de Verdragspolis bedraagt het vrijwillig eigen risico € 0,- per jaar.

j. Aanvang en einde van een aanvullende zorgverzekering

- 1) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, kunt u alleen sluiten als u ingevolge de Zorgverzekeringswet niet (langer) verzekeringsplichtig bent en u woont in een EU-Lidstaat, niet zijnde Nederland, (waar de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 van toepassing is), een EER-Lidstaat of een zogenaamd Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten en u op grond van die Verordening of dat Verdrag recht hebt op zorg of vergoeding van de kosten ervan ten laste van Nederland volgens de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland. U moet ons een afschrift geven van uw inschrijvingsbewijs bij het uitvoeringsorgaan of de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.
- 2) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, eindigt op het moment dat u verzekeringsplichtig wordt in de zin van de Zorgverzekeringswet.
- 3) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, eindigt op het moment dat u verhuist naar Nederland of een ander land dat niet een EU-Lidstaat is (waar de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 van toepassing is), een EER-Lidstaat of een zogenaamd Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten.
- 4) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, eindigt op het moment dat u verhuist naar een ander land dan u woonde toen de aanvullende zorgverzekering van kracht werd.
- 5) U kunt per gezinslid bepalen of u de aanvullende zorgverzekering sluit waarop deze bepaling van toepassing is,
- 6) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, is van kracht zolang u voor rekening van de AWBZ verblijft in een instelling voor gehandicapten waarmee wij een collectieve overeenkomst voor ziektekostenverzekering hebben gesloten. Vanaf het moment dat u niet langer in zo'n instelling verblijft of onze collectieve overeenkomst voor ziektekostenverzekering met deze instelling is geëindigd, eindigt deze aanvullende zorgverzekering.
- 7) Bent u werknemer en meldt u zich aan voor één of meer aanvullende zorgverzekeringen, waarop deze bepaling van kracht is, dan kunnen kinderen tot 18 jaar en eventuele andere gezinsleden die vallen onder de zogenoemde Overgangsregeling 2006 premievrij medeverzekerd worden, mits zij dezelfde aanvullende zorgverzekeringen hebben gesloten als één van hun ouders.
- 8) Voor de acceptatie van de aanvullende zorgverzekeringen, waarop deze bepaling van toepassing is en zoals die van kracht zijn op de betreffende collectieve overeenkomst voor ziektekostenverzekering, geldt geen tandheelkundige beoordeling als u zich daarvoor aanmeldt met ingang van uw indiensttreding.
- 9) Voor de acceptatie van de aanvullende zorgverzekeringen, waarop deze bepaling van toepassing is en zoals die van kracht zijn op de betreffende collectieve overeenkomst voor ziektekostenverzekering, geldt geen medische beoordeling als u zich daarvoor aanmeldt met ingang van uw indiensttreding.
- 10) Als de (aanvullende) zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, niet bij uw indiensttreding maar pas later in kan gaan vanwege elders lopende (aanvullende) zorgverzekeringen, kunt u ons schriftelijk verzoeken om de (aanvullende) zorgverzekeringen bij ons in te laten gaan op de eerstkomende einddatum van uw elders lopende (aanvullende) zorgverzekeringen.
- 11) Als u niet meer deelneemt aan de collectieve overeenkomst voor

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

ziektekostenverzekering, eindigen alle aanvullende zorgverzekeringen op collectieve basis van u en uw eventuele gezinsleden op het moment van het einde van deze deelname. Op uw verzoek kunt u een of meer niet-collectieve aanvullende zorgverzekeringen sluiten die direct aansluiten op de beëindigde aanvullende zorgverzekeringen en die inhoudelijk (bijna) gelijk daaraan zijn, zonder dat medische of tandheelkundige beoordeling, wachttijden, (extra) premietoelagen vanwege leeftijd of beperkende bepalingen voor dekking van toepassing zijn.

- 12) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, kunt u (verzekeringnemer) alleen sluiten als u:
 - verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet; en
 - bij ons een Zorgverzekering Natura heeft gesloten met het hoogste vrijwillig eigen risico (€ 500,- per verzekerde per jaar); en
 - deelneemt aan een collectieve overeenkomst op basis waarvan u deze aanvullende zorgverzekering kunt sluiten; en
 - geen andere aanvullende zorgverzekeringen hebt gesloten.De aanvullende zorgverzekering eindigt op het moment dat u niet meer voldoet aan alle bovengenoemde vereisten.
- 13) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, kunt u (verzekeringnemer) alleen sluiten voor uzelf en uw gezinsleden als u en uw gezinsleden verzekeringsplichtig zijn in de zin van de Zorgverzekeringswet en u bent ingeschreven bij een Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) van de Nederlandse Gemeenten, die met ons een collectieve overeenkomst heeft gesloten. Deze inschrijving is gebaseerd op een uitkeringsrecht dat is genoemd in de collectieve overeenkomst of op grond van die collectieve overeenkomst daarmee is gelijkgesteld.
De aanvullende zorgverzekering eindigt op het moment dat u niet meer voldoet aan alle bovengenoemde vereisten of als de collectieve overeenkomst met de Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) eindigt.
- 14) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, kunt u (verzekeringnemer) alleen sluiten voor uzelf en uw gezinsleden als u en uw gezinsleden verzekeringsplichtig zijn in de zin van de Zorgverzekeringswet en op u de Collectieve Arbeids Overeenkomst (CAO) voor het Ziekenhuiswezen of de Bejaardenoorden van toepassing is
De aanvullende zorgverzekering eindigt op het moment dat op u geen van deze CAO's meer van toepassing is.
- 15) Binnen dertig dagen na deelname aan de collectieve overeenkomst van de ZVR moeten alle religieuzen van het deelnemende religieus instituut voor de aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, zijn aangemeld en verzekerd blijven. Te late aanmelding geeft geen recht op vergoeding met terugwerkende kracht.
De aanvullende zorgverzekering eindigt op het moment dat uw deelname aan de collectieve overeenkomst van de ZVR eindigt.
- 16) De Verdragspolis kunt u (verzekeringnemer) alleen sluiten voor uzelf als u verdragsverzekerde bent, en voor uw (fictief) medeverzekerden.
De Verdragspolis en aanvullende verzekeringen eindigen als u als verdragsverzekerde of (fictief) medeverzekerde van een verdragsverzekerde krachtens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 geen aanspraak meer heeft op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU/EER/Zwitserland, of geen aanspraak meer heeft op medische zorg voor rekening van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.
- 17) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, eindigt op de eerste dag van de maand waarin u 27 jaar wordt. Wij bieden u een andere aanvullende zorgverzekering aan, die direct aansluitend van kracht wordt.
- 18) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, eindigt op de eerste dag van de maand waarin u 70 jaar wordt. Wij bieden u een andere aanvullende zorgverzekering aan, die direct aansluitend van kracht wordt.

k. Vergoedingen en aanspraken van een (aanvullende) zorgverzekering

- 1) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, geeft een aanvullende dekking op de zorgaanspraken of op de vergoeding van de kosten volgens de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland. Deze aanvullende dekking omvat vergoeding van die kosten die niet of niet geheel vergoed worden volgens de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, terwijl die kosten wel zouden zijn vergoed onder een zorgverzekering als u die kosten in Nederland zou hebben gemaakt. De gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland samen met deze aanvullende zorgverzekering voorzien in een dekking van kosten in uw woonland, die in omvang gelijk is aan de dekking van een zorgverzekering als u diezelfde kosten in Nederland zou hebben gemaakt.
- 2) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, geeft u als u buiten Nederland maar binnen Europa woont, dezelfde vergoeding als aan verzekerden die in Nederland wonen.
- 3) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, geeft een missionaris tijdens zijn verblijf en werkzaamheden in het buitenland geen recht op vergoeding van kosten.
- 4) De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, geeft geen recht op vergoeding van kosten die betrekking hebben op of verband houden met:
 - zorg die zuiver arbeidsgerelateerd of arbeidsrelevant is;
 - zuiver cosmetische of esthetische chirurgie;
 - verwijdering van overtollig lichaamsvet.
- 5) De Verdragspolis waarop deze bepaling van toepassing is, is gebaseerd op de toepassing van Verordening (EEG) Nr. 1408/71 danwel een bilateraal verdrag over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf aangaande aanspraken op medische zorg danwel recht op vergoeding van medische kosten van de verdragsverzekerde en diens (fictieve) medeverzekerden. De Verdragspolis geeft u dezelfde vergoeding als onze Zorgverzekering Natura met uitsluiting van de kosten van zorg, die van overheidswege voor rekening komen van de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van het land waaruit u uw inkomsten ontvangt.

l. Kosten die wij niet vergoeden

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- 1) kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat,
- 2) kosten die in een (niet-)zorgverzekering of een andere aanvullende zorgverzekering niet vergoed worden, zoals eigen bijdragen of overstijging van een maximum vergoeding.
- 3) kosten in een ziekenhuis in het buitenland, als deze kosten betrekking hebben op medisch specialistische zorg en de samenhangende klinisch bijkomende kosten.

m. Duur van een aanvullende zorgverzekering

De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, sluit u voor minimaal drie volledige jaren af.

n. Begripsomschrijvingen

Voor de aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, gelden de volgende begripsomschrijvingen:

Europa

De gezamenlijkheid van landen met staatkundige soevereiniteit die horen tot het werelddeel Europa, inclusief de Russische Federatie (tot aan de Oeral) of gelegen zijn in of aan de Middellandse Zee.

Gezinsleden

- 1) De personen die wij als elkaars enige levenspartner zien, een gemeenschappelijke huishouding voeren en op hetzelfde adres wonen; of

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- 2) kinderen tot 18 jaar; of
- 3) kinderen voor wie een wettelijk recht op studiefinanciering bestaat; of
- 4) studerende kinderen tot en met 27 jaar, ook als zij niet op hetzelfde adres wonen als u (verzekeringnemer) en ook niet met u een gemeenschappelijke huishouding voeren; of
- 5) adoptiekinderen; of
- 6) pleegkinderen; of
- 7) degenen die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, als gezinslid worden aangewezen.

Medeverzekerde of fictief medeverzekerde van een verdragsverzekerde:

De echtgenoot, echtgenote, partner of kind (deze laatste tot 18 jaar) van de verdragsverzekerde, mits deze echtgenoot, echtgenote, partner of dit kind geen eigen inkomen uit Nederland heeft.

Missionaris

De religieus die naar het buitenland is uitgezonden om daar werkzaamheden te verrichten die de Minister van Ontwikkelingssamenwerking heeft aangewezen.

Religieus

Degene die lid is van een religieus instituut en behoort tot de Nederlandse kerkprovincie of een kerkprovincie gelegen binnen Europa. Het woonland van de religieus is het land waar de kerkprovincie waartoe hij behoort, is gelegen.

Verdragsverzekerde:

De Nederlands ingezetene, die aanspraak heeft op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU of EER, van Zwitserland, of van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.

Werknemer

Degene die:

- bij het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten of bij een rechtspersoon die daarmee in concernverband is verbonden, in dienstverband voor bepaalde of onbepaalde tijd werkzaam is; of
- het dienstverband met het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten of bij een rechtspersoon die daarmee in concernverband is verbonden, heeft beëindigd onder toekenning van een direct aansluitend ingaand ouderdomspensioen; of
- aanspraak maakt op toetreding tot de VUT-regeling; of
- die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, met een werknemer is gelijkgesteld.

ZVR

Ziektekostenverzekering Voor Religieuzen.