



Ook in 2011 zijn wij er voor u!

PNO overeenkomsten Basisverzekering &
aanvullende verzekering



Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

PNO Ziektekosten

I. Algemeen gedeelte	3
II. Prestatiewijze en dekking	15
III. Zorgdiensten	31

Overeenkomst aanvullende verzekering

PNO Ziektekosten

I. Algemeen gedeelte	35
II. Prestatiewijze en dekking	43

Risicodraagster voor de Basisverzekering PNO Ziektekosten is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr.12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 459, 3990 GG Houten. Telefoon: 030 639 62 62. Fax: 030 635 20 72. Internet: www.pnoziektekosten.nl.

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektelasten

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1 5

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2 9

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3 9

Overige bepalingen

Artikel 4 Fraude 10

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving 10

Artikel 6 Betalingsverplichtingen 10

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen 11

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden 11

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering 11

Artikel 10 Geschillen 12

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens 12

Artikel 12 Uitsluitingen 13

Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ 13

Artikel 14 Materieel controleren 13

Overeenkomst Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De volksverzekering die de hoge medische kosten dekt die niet onder de zorgverzekering vallen.

Basisverzekering

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2011.

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bedrijfsarts

Een arts ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Genoetkundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Body Mass Index (BMI)

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair - of door de zorgverzekeraar erkend - centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

Dienstenstructuur

Een organisatie, die gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg verleent en een rechtsgeldig tarief in rekening brengt.

Diëtist

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

Eerstelijns gezondheidszorg

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Het dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Voorbeelden van eerstelijns zorgverleners zijn huisarts, fysiotherapeut of tandarts.

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

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

Ergotherapeut

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

Ernstige dyslexie

Een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

EU- en EER-land

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

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

Geboortecentrum

Een faciliteit in de eerstelijns gezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijns verloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

Een regionale organisatie, aangesloten bij GGD Nederland, die in opdracht van een gemeente werkt aan een gezonde(re) samenleving en zich inzet voor de bewaking, bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat in één van de productgroepen geregistreerd is in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

Geriatriefysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en daarvoor wettelijk is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

Huisarts

Een arts 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).

Jeugdgezondheidszorgarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid volgens de wet BIG en het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit Register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Ketenzorg

Een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Het is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kinder- en Jeugdpsycholoog

Een Kinder- en Jeugdpsycholoog als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Klinisch neuropsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch neuropsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of een kraambureau of werkt als zelfstandige.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positief bepalende factoren van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Lichamelijke functiestoornis

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat die veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan die klachten zal doen wegnemen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

Een arts die de zorgverzekeraar in medische zaken adviseert.

Medisch-specialist

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

Mondhygiënist

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

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch-specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthodontist

Een tandarts-specialist ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Psychiater/zenuwarts

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Voor psychiater kan ook zenuwarts gelezen worden. Het register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Revalidatie

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

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is nodig.

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

Thuiszorgorganisatie

Een organisatorisch verband dat volgens wet- en regelgeving zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis enz. niet nodig is. Een thuiszorgorganisatie levert naast algemene thuiszorg (wijkverpleging, huishoudelijke en persoonlijke verzorging, gezinszorg, uitlenen van verpleegartikelen), veelal ouder- en kindzorg op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, kraamzorg, dieetadvisering en eventuele nevenactiviteiten zoals algemeen maatschappelijk werk.

U

De verzekerde(n) ten behoeve van wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-staat of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

Een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtszenuw of amputatie van armen of benen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen.

Verzekerde

Een op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

Degene die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

Voorschrift

Schriftelijke verwijzing met een gemotiveerde toelichting van een zorgverlener voor het verstrekken van zorg, een geneesmiddel, een hulp- of verbandmiddel, dat u gelet op uw gezondheidstoestand nodig heeft.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat conform de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ), toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Zorgverzekeraar

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2

lid 1

De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.

lid 2

U ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (polis) en een verzekeringspas.

lid 3

De aanspraak op vergoeding van kosten op de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg.

lid 4

U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

lid 5

U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn op de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een overeenkomst tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. Daarmee heeft u ook aan uw betalingsverplichtingen voldaan. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor u voor.

De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgesloten verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.

lid 6

Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is op de Basisverzekering, wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

lid 1

U bent verplicht:

1. zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
3. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of degene belast met de controle, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
4. de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.

lid 2

U moet de originele nota's indienen in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de zorgverzekeraar. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Het is echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwikkelen. Als de nota in een andere dan een bovengenoemde taal is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling - eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau - op uw kosten.

- lid 3 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

Overige bepalingen

Artikel 4

Fraude

- lid 1 De zorgverzekeraar kan onderzoek doen bij een vermoeden van fraude.
- lid 2 De zorgverzekeraar vordert vergoede kosten terug ontstaan door het geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het indienen van misleidende stukken. Dit geldt ook voor onderzoekskosten.
- lid 3 De zorgverzekeraar heeft het recht om per de datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven of misleidende stukken zijn ingediend, de Basisverzekering te beëindigen.

In voorkomende gevallen kan de zorgverzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. persoonsgegevens van u of de verzekeringnemer registreren in haar interne signaleringssysteem en
 - bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, en
 - in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.

Artikel 5

Onrechtmatige inschrijving

- lid 1 Als na het sluiten van de Basisverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.
- lid 2 Als de Basisverzekering vervalt, verrekent de zorgverzekeraar de premie vanaf de vervalddag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. Het saldo betaalt de zorgverzekeraar aan de verzekeringnemer, dan wel brengt dit bij hem in rekening.

Artikel 6

Betalingsverplichtingen

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de Basisverzekering verschuldigd.
- lid 2 Voor uw Basisverzekering is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.
- lid 3 De premie voor de Basisverzekering is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting.
- lid 4 De verzekeringnemer dient de premie op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet - tijdig - betaalt, kan de zorgverzekeraar de termijn wijzigen in een maand.
- Bij wijziging van de Basisverzekering in de loop van een maand past de zorgverzekeraar de premie naar verhouding aan.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 5 Als de verzekeringnemer niet - tijdig - de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervalddag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.
- Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten daarvan - al dan niet via een rechtszaak - voor rekening van de verzekeringnemer.
- lid 6 Als u komt te overlijden betaalt de zorgverzekeraar de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.

lid 7 De dekking en premieplicht van de Basisverzekering worden opgeschort tijdens detentie. Na de detentie gelden deze rechten en plichten weer.

Artikel 7 **Melding relevante gebeurtenissen**

lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het adres volgens de Gemeentelijke Basisadministratie.

lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet de zorgverzekeraar daarvan voor de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent de zorgverzekeraar de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8 **Herziening van premie of voorwaarden**

lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de Basisverzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt u schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de Basisverzekering gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de Basisverzekering beëindigen. Dit tenzij de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de Basisverzekering door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

lid 3 Een collectiviteitkorting op de Basisverzekering vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De Basisverzekering loopt dan door op individuele voorwaarden.

Artikel 9 **Begin en einde van de Basisverzekering**

lid 1 De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar de aanvraag tot het sluiten van de Basisverzekering heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn. De ingangsdatum is op het polisblad vermeld.

Vanaf 1 januari daarop volgend vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.

lid 2 Als de Basisverzekering ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, is de ingangsdatum de dag waarop die plicht ontstond.

lid 3 Als de Basisverzekering ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, is de ingangsdatum de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.

lid 4 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de Basisverzekering te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6 lid 5).

lid 5 De Basisverzekering eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.

lid 6 De Basisverzekering eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

lid 7 De Basisverzekering eindigt als de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen Basisverzekering meer aanbiedt of uitvoert. De Basisverzekering eindigt als u door wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar buiten dat werkgebied komt te wonen. De zorgverzekeraar informeert u hierover uiterlijk twee maanden voordat een Basisverzekering eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop de Basisverzekering eindigt.

lid 8 De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de Basisverzekering tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de

collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband dient direct aan te sluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de Basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.

- lid 9 Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij uw Basisverzekering opzeggen als deze verzekerde ergens anders een zorgverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen, of
 - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Artikel 10

Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken om heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of de verzekeringnemer een geschil over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 030 698 83 60
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

U of de verzekeringnemer kunt zich ook wenden tot de bevoegde rechter.

- lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.
- lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 0900 770 70 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Artikel 11

Registratie van persoonsgegevens

- lid 1 De zorgverzekeraar neemt de verstrekte persoonsgegevens bij de aanvraag van de Basisverzekering op in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De zorgverzekeraar gebruikt deze gegevens bijvoorbeeld om u of de verzekeringnemer te informeren over producten en zorgdiensten van de zorgverzekeraar, voor het toezenden van het gezondheidsbulletin of het verstrekken van informatie of advies. De zorgverzekeraar mag in het kader van de uitvoering van de Basisverzekering persoonsgegevens aan derden verstrekken. Daarbij neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens in acht. De zorgverzekeraar biedt de mogelijkheid adresgegevens af te schermten, als sprake is van omstandigheden die redelijkerwijs leiden tot de conclusie dat afscherming geboden is.
- lid 2 De zorgverzekeraar is verplicht het burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn verplicht het BSN te gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met genoemde partijen ook het BSN gebruiken.

Uitsluitingen

lid 1

De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:

1. eigen bijdragen volgens de AWBZ en in verband met bevolkingsonderzoek;
2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
3. griepvaccinatie;
4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel B artikel 7 lid 1;
7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
8. niet nagekomen afspraken;
9. incasso - al of niet via een rechtszaak - als u een nota niet (tijdig) betaalt aan een zorgverlener;
10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.

lid 2

Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de zorgverzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de zorgverzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de zorgverzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

lid 3

Na een terroristische handeling op grond van artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 Besluit zorgverzekering.

Lidmaatschap Vereniging ONVZ

De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een Basisverzekering met de zorgverzekeraar lid van de Vereniging ONVZ. Als de Basisverzekering onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere Basisverzekeringen kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de Basisverzekering eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.

Materieel controleren

De zorgverzekeraar heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektelasten

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	17
Artikel 2	Eigen risico	17
Artikel 3	Preventieve zorg	17
Artikel 4	Huisartsenzorg	19
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg	19
Artikel 6	Verpleegkundige zorg	20
Artikel 7	Geboortezorg	20
Artikel 8	Revalidatie	21
Artikel 9	Orgaantransplantaties	21
Artikel 10	Dialysezorg	22
Artikel 11	Mechanische beademing	22
Artikel 12	Oncologische aandoeningen bij kinderen	22
Artikel 13	Trombosedienst	22
Artikel 14	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	23
Artikel 15	Audiologische zorg	23
Artikel 16	Paramedische zorg	23
Artikel 17	Mondzorg	24
Artikel 18	Farmaceutische zorg	25
Artikel 19	Hulpmiddelenzorg	26
Artikel 20	Ambulancevervoer	27
Artikel 21	Zittend ziekenvervoer	27
Artikel 22	Dyslexiezorg	28
Artikel 23	Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ	28
Artikel 24	Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	28
Artikel 25	Buitenland	29
Artikel 26	Algemeen	29

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1

Restitutiebasis

- lid 1 De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of
 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3 U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel C).
Als het gaat om wachtlijsten houdt de zorgverzekeraar rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2

Eigen risico

- lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 170,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.
- lid 2 De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
- De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:
1. kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving. De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
 2. kosten van zorg bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. De beleidsregel heeft betrekking op ketenzorg voor diabetes mellitus type II bij verzekerden van 18 jaar en ouder, cardiovasculair risicomangement of COPD (chronisch obstructief longlijden);
 3. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico;
 4. kosten van nacontrole van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9, lid 2 is verstreken;
 5. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.
- lid 3 Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 4 Als de Basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar. Wordt u 18 jaar, dan berekent de zorgverzekeraar het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover premie wordt betaald gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 5 Als gedurende het kalenderjaar het eigen risico wijzigt en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al een Basisverzekering had gesloten, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar gold of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 2. de zo berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar, waarbij de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.
- lid 6 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin de DBC wordt geopend.

Artikel 3

Preventieve zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg als omschreven in deze verzekering, ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:
1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die al een verhoogd risico of gezondheidsklachten hebben;
 2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkómen van complicaties of verergeren van een ziekte.

Voor enkele vormen van geïndiceerde preventieve zorg zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere bepalingen die hieronder zijn omschreven.

a. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma maximaal één keer per kalenderjaar. Een stoppen-met-rokenprogramma omvat op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg - al dan niet in combinatie met geneesmiddelen - met als doel te stoppen met roken.

Naast korte ondersteunende adviezen voor het stoppen met roken door huisarts, medisch-specialist of verloskundige, vergoedt de zorgverzekeraar ook intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals telefonische coaching door Stivoro of persoonlijke coaching door een huisarts of verpleegkundige. De zorgverzekeraar vergoedt ook groepstrainingen zoals Pakje Kans of Rookvrij! Ook jij?.

Als de begeleidende zorgverlener dit noodzakelijk acht, vergoedt de zorgverzekeraar ook ondersteuning met geneesmiddelen. De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist en onderdeel zijn van het behandelprogramma.

b. Preventie van depressie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor maximaal 8 zittingen van de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma Beating the Blues;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als eerstelijns psychologische zorg (artikel 23, lid 2).

Ook bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de cursus In de put, uit de put, gegeven in de vorm van individuele of groepsinterventies met rechtstreeks (face-to-face) contact met de cursusbegeleider.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bewegingsgerichte programma's.

c. Preventieve zorg bij overgewicht

Als sprake is van een BMI van 25 – 30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen:

- advisering over voeding en voedingsgewoonten door een diëtist(e) vergoedt de zorgverzekeraar als dieetadvisering (artikel 16, lid 6);
- advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts vergoedt de zorgverzekeraar als huisartsenzorg (artikel 4). Een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan de advisering dus ook uitvoeren.

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of
2. een BMI van 25 – 30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes type II, of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht. Het verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend, door de huisarts begeleid, zorgprogramma dat gericht is op het aanwennen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij dieet: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten als dieetadvisering (artikel 16, lid 6) en/of huisartsenzorg (artikel 4);
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 16, lid 3). Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts (voor alle leeftijden) als huisartsenzorg (artikel 4);
- gedragsverandering.
 - De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van begeleiding door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts als huisartsenzorg (artikel 4). Een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren.
 - De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijns psychologische zorg als eerstelijns psychologische zorg (artikel 23, lid 1 en 2).

d. Preventie van problematisch alcoholgebruik

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, verloskundige of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor:

1. kortdurende motiverende gesprekken door een huisarts als huisartsenzorg (artikel 4);
2. kortdurende preventieve interventies door een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist als eerstelijns psychologische zorg (artikel 23, lid 2). De interventies zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie.

De programma's Minder drinken en De Drinktest, aangeboden door het Trimbos Instituut, vallen ook onder de dekking van uw Basisverzekering. Deze programma's worden echter gratis aangeboden.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

- anonieme behandeling via internet;
- preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

Artikel 4

Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

Artikel 5

Medisch-specialistische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen. De aanspraak voor mondzorg door de kaakchirurg is omschreven in artikel 17.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltspalten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfgevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In-vitrofertilisatie (ivf)

Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alleen de eerste, tweede en derde poging per te realiseren zwangerschap. Een ivf-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;

4. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden

1. Een ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen in verband met de eerste, tweede en derde poging ivf, is omschreven in artikel 18 Farmaceutische zorg.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap - spontaan of na een ivf - geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie (wegzuigen van onderhuids vet) van de buik;
3. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een - gehele of gedeeltelijke - borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huid);
7. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man);
10. het plaatsen van hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden bij verzekerden van 21 jaar en ouder.

lid 4

Voor vergoeding van kosten voor geestelijke gezondheidszorg geldt niet dit artikel, maar artikel 24.

Artikel 6

Verpleegkundige zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, zonder dat sprake is van opname. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg.

Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleegkundige zorg noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatieve terminale zorg. Aanspraak op deze vormen van zorg is geregeld in de AWBZ.

Artikel 7

Geboortezorg

lid 1

Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch-specialist, of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum.

Onderdeel van deze zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap (de 20-weeken echo);
- een combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek voor zwangeren van 36 jaar en ouder. Als u jonger bent, dan uitsluitend op medische indicatie van de huisarts, verloskundige, of medisch-specialist.

SEO en combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener met een vergunning volgens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafspraken met een Regionaal Centrum dat een vergunning heeft, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

lid 2

De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 5.

b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 15,50 per persoon per dag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum de € 111,50 per persoon per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert. Voor deze vergoeding geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal tien dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.

d. De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 8

Revalidatie

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor revalidatie als:

1. deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag; en
2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

lid 2

Revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

Artikel 9

Orgaantransplantaties

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:

1. een EU- of EER-land, of
2. een ander land, als de donor daar woont en uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van de medisch-specialistische zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Verder vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 2

De donor heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. Deze aanspraak betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.

Ook heeft de donor aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg, bedoeld in dit lid. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

Als een donor in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Artikel 10

Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

De zorgverzekeraar vergoedt ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
2. het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en de kosten van de chemicaliën, vloeistoffen en andere gebruiksartikelen nodig voor de dialyse;
3. de redelijke kosten voor aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien;
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Het Reglement Hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 2, 3 en 4. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.

Artikel 11

Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort.

De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 12

Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

Artikel 13

Trombosedienst

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst op verwijzing van een arts of medisch-specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het (onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten) verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;
5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het Reglement hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.

Artikel 14

Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Artikel 15

Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Artikel 16

Paramedische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.

lid 2

Fysiotherapie en oefentherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemtherapeut. Bij oedeemtherapie kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.

Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste twaalf behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.

In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt de zorgverzekeraar, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding dus vanaf de eerste behandeling.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen via www.pnoziektekosten.nl.

lid 3

Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat - naast de dekking in lid 2 - ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar.

Op verwijzing van huisarts of medisch specialist vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verzekerden de kosten van maximaal negen extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar als na negen behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt.

lid 4

Ergotherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.

lid 5

Logopedie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De kosten van behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid worden niet vergoed.

- lid 6 **Dieetadvisering**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal vier behandelingen per kalenderjaar op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts.

Artikel 17 **Mondzorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg. De zorgverzekeraar vergoedt alleen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
 3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontische zorg als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Daarbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- lid 4 Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:
1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, tenzij u die zorg tandheelkundig meer keren per jaar nodig heeft;
 2. incidenteel tandheelkundig consult;
 3. het verwijderen van tandsteen;
 4. fluoride-applicatie vanaf 6-jarige leeftijd, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
 5. sealing (aanbrengen van een beschermlaag);
 6. parodontale zorg (voor tandvlees);
 7. anesthesie;
 8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
 9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
 11. uitneembare prothetische voorzieningen;
 12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten na toestemming vooraf van de zorgverzekeraar. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
 13. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 14. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.
- De kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijken worden alleen vergoed als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld.
- lid 5 Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:
1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak vergoedt de zorgverzekeraar 75% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.
- De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Bij rebasen wordt de ruimte tussen de kaak en het kunstgebit opgevuld met kunststof om de prothese vaster te laten zitten op een geslonken kaak.

Toestemming vooraf van de zorgverzekeraar is vereist als de totale kosten van de volledige prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan

- € 600,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
- € 450,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.

- lid 7 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg volgens lid 1 tot en met 3 is altijd toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Als de mondzorg volgens lid 4 en 5 in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt, is ook toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Bij de aanvraag dient u een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan bij te voegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygië ernstig verwaarloost.
- lid 8 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.
- lid 9 Voor vergoeding van de kosten van zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg is toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.
- lid 10 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een schriftelijk advies van de huisarts of de medisch-specialist vereist.
- lid 11 Voor zorg volgens lid 1 onder 1 voor een verzekerde van 18 jaar en ouder, en voor zorg volgens lid 1 onder 2 voor een extreem angstige verzekerde, kan een eigen bijdrage gelden. Deze eigen bijdrage geldt bij de volgende behandelingen: preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of niet-volledige, uitneembare prothetische voorzieningen. De eigen bijdrage is gelijk aan het maximale tarief van de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.
- lid 12 Voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, geleverd in het kader van de zorg bedoeld in lid 1, geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaakdeel.

Artikel 18

Farmaceutische zorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van terhandstelling van:
1. de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door de zorgverzekeraar is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement farmaceutische zorg. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozietekosten.nl;
 2. de geneesmiddelen - onder voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft - als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. In dit artikel wordt ingegaan op apothekbereidingen of magistrale bereidingen. Kosten van apothekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

Tevens bestaat aanspraak op advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de hierboven genoemde geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden verleend bij de terhandstelling van de geneesmiddelen.

De kosten van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op www.wetten.nl. Vragen hierover kunt u stellen bij het PNO Service Center.

- lid 2 De onder lid 1 genoemde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:
1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
 2. lijdt aan een voedselallergie, of
 3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
 4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
 5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.
- lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.
- lid 5 De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Als voor een geneesmiddel de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.
- lid 6 In het Reglement Farmaceutische zorg stelt de zorgverzekeraar nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen. Dit betreft onder andere de toestemmingsvereisten en afleverhoeveelheden. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.
- lid 7 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
 - niet in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
 - een eigen bijdrage volgens lid 5;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
 - geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor hetzij een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend, hetzij waarmee nog klinische proeven gaande zijn.

Artikel 19 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt de zorgverzekeraar een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.
- lid 2 Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Daarbij kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik worden niet vergoed, behalve als het Reglement Hulpmiddelen anders bepaalt. Dit betreft onder meer kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd. Er bestaat geen aanspraak op

vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening, tenzij het solo-apparaat betreft.

lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.

lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen geleverd bij een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling die kunnen worden geacht te horen bij die opname of behandeling, vallen niet onder deze vergoeding. Zij maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en worden via de DBC vergoed. Als u verblijft en behandeld wordt in een AWBZ-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder deze vergoeding. Dit valt onder de aanspraken van de AWBZ.

Artikel 20

Ambulancevervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De zorgverzekeraar vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten - geheel of gedeeltelijk - gedekt zijn op de Basisverzekering;
- naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de AWBZ;
- vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de AWBZ;
- vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese - geheel of gedeeltelijk - gedekt is volgens de AWBZ;
- van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u de zorgverzekeraar vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 21

Zittend ziekenvervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als de zorgverzekeraar u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

lid 3 Bij gebruik van de eigen auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,27 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de kortst gebruikelijke route.

lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld artikel 20 lid 2 als:

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

lid 5 In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.

lid 6 Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 92,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:

- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn onder de Basisverzekering of de AWBZ;
- heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat in de eerste instelling niet kan worden

uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn op de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn onder de Basisverzekering of AWBZ.

- heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt onder de AWBZ.

- lid 7 De zorgverzekeraar vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor het vervoer van twee begeleiders.
- lid 8 De zorgverzekeraar regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).
- lid 9 Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 22 Dyslexiezorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie. Aanspraak bestaat alleen:
1. voor kinderen van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen,
 2. als de zorg op 7-, 8-, 9- of 10-jarige leeftijd begint, en
 3. als de zorg wordt verleend door het Regionaal Instituut Dyslexie (RID) of een gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO), en
 4. als de diagnostiek wordt uitgevoerd en de behandeling wordt verleend volgens het *Protocol dyslexie diagnose en behandeling*.

Het *Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling* dient als leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van mensen met dyslexie. Het doel is het beschrijven van de optimale zorg voor mensen met dyslexie, op basis van de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten. Dit protocol kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.

- lid 2 Voor vergoeding van de kosten van dyslexiezorg is een verwijzing nodig van de jeugdgezondheidszorgarts of een daartoe bevoegd functionaris met bijbehorende expertise, die verbonden is aan school. Deze verwijzing moet voorzien zijn van een motivatie waaruit blijkt dat de school- of leeraanamnese een stagnatie vertoont en extra begeleiding op school onvoldoende verbetering heeft opgeleverd.
- lid 3 De kosten voor dyslexiezorg worden in rekening gebracht met een DBC.

Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van eerstelijns psychologische zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt maximaal acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar.
- Voor eerstelijns psychologische zorg geldt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting. U moet de eigen bijdrage rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.
- lid 3
1. Voor de eerstelijnspsychologische zorg is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.

Artikel 24 Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

- lid 1 **Psychiatrische ziekenhuisopname**
- Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

- lid 2 **Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling en van de bij de behandeling behorende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- lid 3 De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 23.
- lid 4
 1. Voor de psychiatrische ziekenhuisopname en de niet-klinische GGZ is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.
- lid 5 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor psycho-analytische behandeling.

Artikel 25 Buitenland

- lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.
- lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:
 1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Dit geldt ook als u in een ander EU-/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU-/EER-land of een Verdragsland.
- lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.
- lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met PNO Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).
- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's volgens de wisselkoers op de datum waarop declaratieverwerking plaatsvindt.

Artikel 26 Algemeen

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektelasten

III. Zorgdiensten

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

III. Zorgdiensten

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	33
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	33
Zorgbemiddeling	33
Medisch-specialistische behandeling	33
PNO Zorgassistance	33
PNO Kraamzorg Service	33
Taxivervoer	33

Overeenkomst Basisverzekering

III. Zorgdiensten

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van de zorgverzekeraar. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar meer doet dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij de zorgverzekeraar terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent. De ZorgConsulent is bereikbaar op het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

U kunt via de PNO ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel (genoeg) kunt krijgen, kunt u de PNO ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De PNO ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten.

Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de PNO ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

Medisch-specialistische behandeling

De PNO ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- de zorgverzekeraar werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch-specialisten. Op uw verzoek verstrekt de PNO ZorgConsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch-specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch-specialist.
- op uw verzoek bemiddelt de PNO ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de ZorgConsulent bemiddelen bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang. De kosten van de thuiszorg of kinderopvang zijn echter onder de Basisverzekering niet gedekt.

De zorgverzekeraar voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. De zorgverzekeraar stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

PNO Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u (laten) bellen met PNO Zorgassistance. Daarbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

PNO Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 71.

PNO Kraamzorg Service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 7 van deel B van de Basisverzekering. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door de zorgverzekeraar wilt laten regelen, kunt u bellen met de PNO Kraamzorg Service. PNO Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U dient de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen.

PNO Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 07 of 088 668 97 04.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 21 van deel B van de Basisverzekering. Om u met goede kwaliteit van dienst te zijn laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Overeenkomst aanvullende verzekering **PNO Ziektekosten**

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomst aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1	37
-----------	----

Grondslag van de zorgverzekering

Artikel 2	37
-----------	----

Overige bepalingen

Artikel 3	Begin van de verzekering	37
Artikel 4	Beëindiging door de verzekeringnemer	37
Artikel 5A	Beëindiging van rechtswege	38
Artikel 5B	Beëindiging door de verzekeraar	38
Artikel 6	Premie	38
Artikel 7	Herziening van premie of voorwaarden	39
Artikel 8	Hulp buiten Nederland	39
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekerde	39
Artikel 10	Onwaarachtige weergave van feiten	40
Artikel 11	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	40
Artikel 12	Privacybescherming	40
Artikel 12A	Rechten van de verzekerde	41
Artikel 12B	Kwetsbare groepen	41
Artikel 13	Materieel controleren en fraudeonderzoek	41
Artikel 14	Overige voorwaarden	42
Artikel 15	Geschillen	42

Overeenkomst aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Verzekeraar

Verzekeraar is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Op deze overeenkomst zijn de begripsomschrijvingen als genoemd in de door de zorgverzekeraar vastgestelde Overeenkomst tot basisverzekering (zorgpolis) als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet van overeenkomstige toepassing.

Grondslag van de verzekering

Artikel 2

lid 1

Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:

- het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier;
- eventuele gegevens die door de verzekeringnemer of verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.

lid 2

De overeenkomst van aanvullende verzekering gesloten tussen verzekeringnemer en de verzekeraar geeft recht op het bij deze overeenkomst bepaalde pakket van verstrekkingen of vergoedingen, zoals is vastgelegd op het polisblad. Het polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.

lid 3

Deze overeenkomst van verzekering kan worden gesloten met de verzekeringnemer en ten behoeve van verzekerden woonachtig in Nederland en het buitenland.

lid 4

Deze verzekering is een zogenaamde excedent- of aanvullende verzekering. Dit houdt in dat als voorwaarde voor een vergoeding krachtens deze verzekering geldt dat de verzekerde rechten kan ontlenen aan een in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot basisverzekering. Met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden inzake de omvang van de dekking, beperkingen, uitsluitingen en eventuele overige bepalingen geldt dat de verzekering uitsluitend dekking biedt indien en voor zover deze kosten volgens de voorwaarden van de in artikel 1 bedoelde overeenkomst van basisverzekering niet zijn gedekt.

Overige bepalingen

Artikel 3

Begin van de verzekering

lid 1

De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld en wordt aangegaan voor de duur van één kalenderjaar. De ingangsdatum is 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

lid 2

Indien de verzekeringnemer gelijktijdig met het verzoek, bedoeld in het eerste lid, een overeenkomst basisverzekering bij de zorgverzekeraar afsluit, geldt als ingangsdatum van deze verzekering de datum waarop de overeenkomst basisverzekering ingaat.

lid 3

In afwijking van het eerste lid van dit artikel, geldt voor de verzekerde die ten gevolge van het bereiken van de 18-jarige leeftijd een aanvullende tandartsverzekering wil afsluiten, als ingangsdatum van deze verzekering de dag volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

Artikel 4

Beëindiging door de verzekeringnemer

lid 1

De verzekeringnemer kan de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de overeenkomst niet opzegt, vindt voortzetting van de verzekering plaats voor de duur van één kalenderjaar.

lid 2

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het

dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude overeenkomst van aanvullende verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

Artikel 5A **Beëindiging van rechtswege**

- lid 1 De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - de verzekerde niet langer verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet, tenzij de overeenkomst op verzoek van de verzekeringnemer wordt voortgezet en de verzekeraar hiermee instemt;
 - de verzekerde overlijdt. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- lid 2 De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn verzekeraar de ten behoeve van hem gesloten verzekering aanbiedt of uitvoert.
- lid 3 De verzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 4 De verzekeringnemer stelt de verzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel b en c, dan wel het tweede lid tot het einde van de overeenkomst hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 5 Indien de verzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de overeenkomst zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

Artikel 5B **Beëindiging door de verzekeraar**

- lid 1 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen, indien door of namens de verzekeringnemer en/of de verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst.
- lid 2 De beëindiging, bedoeld in het eerste lid, kan ingaan per datum dat door of namens de verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd.
- lid 3 De verzekeraar heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te beëindigen na het verstrijken van de in artikel 6, lid 5, genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.

Artikel 6 **Premie**

- lid 1 Krachtens deze overeenkomst is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eventuele collectiviteitskorting (zie het polisblad). De collectiviteitskorting wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
- lid 4 **Premiebetaling**
- De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen, c.q. te restitueren.
 - In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening, c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 5 Indien de verzekeringnemer niet - tijdig - voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen, kan de verzekeraar na de (premie)vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde. Daarbij wordt erop gewezen dat bij niet voldoening (volgens artikel 7:934 BW) binnen 14 dagen, hetzij, (1) de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de premievervaldag, hetzij, (2) de verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.

Voor zover de dekking krachtens het bepaalde in de voorgaande alinea tijdelijk niet zou gelden, wordt deze pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen, tenzij sprake is van de situatie zoals bedoeld in artikel 5B, lid 3, en de verzekeraar zich daarop beroept.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 7 **Herziening van premie of voorwaarden**

lid 1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.

lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de verzekering beëindigen, tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de verzekeraar met ingang van de dag waarop de herziening ingaat en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat hem het voornemen tot herziening door de verzekeraar is medegedeeld.

lid 3 Heeft de verzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de verzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Artikel 8 **Hulp buiten Nederland**

De kosten van het invoeren van in deze overeenkomst bedoelde zorg in een ander land dan het woonland worden uitsluitend vergoed:

- indien en voor zover dit in het in artikel 1, eerste lid, van deel II. Prestatiewijze en dekking, bedoelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen uitdrukkelijk is bepaald, dan wel;
- bij gebreke van een in het voorgaande bedoelde uitdrukkelijke bepaling: indien de verzekeraar hiertoe vooraf toestemming heeft verleend.

Artikel 9 **Verplichtingen van de verzekerde**

lid 1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

1. zich bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
3. aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
4. de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
5. binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is.

lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen openstaande eigen risico bedragen en/of geldende eigen bijdragen. De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de verzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde.

Indien een nota betrekking heeft op een DBC aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering.

lid 3 Het niet nakomen van (een van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

Artikel 10

Onwaarachtige weergave van feiten

lid 1 Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een aanvullende verzekering met minder dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

lid 2 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt indien door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan.

lid 3 De verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Tevens kan de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.

lid 4 De verzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken, bij verzekeringnemer terug. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.

lid 5 In voorkomende gevallen kan de verzekeraar:
a. aangifte doen bij de politie;
b. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.

Artikel 11

Kennisgeving relevante gebeurtenissen

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden e.d.. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 12

Privacybescherming

lid 1 De verzekeraar verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van de verzekeraar. Deze uitoefening in het kader van de bedrijfsdoelstellingen van de verzekeraar bestaat uit:

- het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de verwerkingen van persoonsgegevens in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Ten slotte vallen hieronder het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals declaraties of tussentijdse beëindiging. Ook valt hieronder het ter beschikking stellen van naam en adresgegevens van verzekerde(n) door de verzekeraar aan derden ten behoeve van de controle op verzekeringsgerechtigdheid en/of voor de declaratieverwerking relevante informatie;
- het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van managementinformatie, product- en dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming en ter afhandeling van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over declaraties en tussentijdse beëindiging binnen de branche en gerechtelijke instanties;
- het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
- het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie met klanten, precontractuele klanten en prospects.

De omgang met de persoonsgegevens van verzekerden is nader uitgewerkt in het privacy statement van de verzekeraar dat desgewenst wordt toegestuurd. Het privacy statement is tevens te raadplegen via www.pnoziektekosten.nl.

- lid 2 In veel gevallen heeft de verzekeraar gegevens betreffende de gezondheid van verzekerde nodig. Deze worden extra zorgvuldig verwerkt.

Artikel 12A

Rechten van de verzekerde

- lid 1 De verzekerde kan bij de verzekeraar onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek tot inzage in zijn persoonlijke gegevens indienen. De verzekeraar verstrekt binnen 4 weken aan de verzekerde een overzicht van de door de verzekeraar verwerkte persoonsgegevens.
- lid 2 Indien het in het eerste lid bedoelde overzicht feitelijke onjuistheden bevat, de persoonsgegevens voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt, kan de verzekerde de verzekeraar schriftelijk verzoeken de gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen. Het verzoek van de verzekerde bevat de aan te brengen wijzigingen. De verzekeraar bericht de verzekerde binnen 4 weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk in hoeverre hij daaraan voldoet. Een weigering is met redenen omkleed.
- lid 3 De verzekerde kan de verzekeraar schriftelijk op de hoogte stellen indien hij niet benaderd wil worden met informatie over producten of diensten van de verzekeraar.
- lid 4 Indien persoonsgegevens het voorwerp zijn van verwerking op grond van artikel 8, onder e en f, van de Wet Bescherming Persoonsgegevens, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde verzet aantekenen in verband met zijn bijzondere persoonlijke omstandigheden. De verzekeraar beoordeelt binnen 4 weken na ontvangst van het verzet of het verzet gerechtvaardigd is. Indien het verzet gerechtvaardigd is, beëindigt de verzekeraar terstond de verwerking.
- lid 5 Indien gegevens worden verwerkt in verband met de totstandbrenging of de instandhouding van een directe relatie tussen de verzekeraar of een derde en de verzekerde met het oog op werving voor commerciële of charitatieve doelen, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde kosteloos verzet aantekenen. In geval van verzet treft de verzekeraar de maatregelen om deze vorm van verwerking terstond te beëindigen.
- lid 6 De verzekerde kan bij de verzekeraar een klacht indienen over de verwerking van de persoonsgegevens. Een dergelijke klacht dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.

Artikel 12B

Kwetsbare groepen

- lid 1 De verzekeraar treft op verzoek van de verzekerde die is c.q. wordt opgenomen in een instelling voor opvang, extra (beveiligings)maatregelen, waaronder het afschermen van zijn NAW-gegevens, ter voorkoming van ongewenste tracering door degene(n) tegen wie ze bescherming behoeven.
- lid 2 De verzekerde die een vergelijkbaar risico loopt als de verzekerde die in een opvangtehuis wordt opgevangen, kan bij de verzekeraar een verzoek indienen tot dezelfde behandeling als in lid 1 van dit artikel beschreven, ter voorkoming van ongewenste tracering via de verzekeraar. De verzekeraar beoordeelt of van een vergelijkbaar risico sprake is.
- lid 3 De verzekerde dient de verzekeraar te melden wanneer er geen sprake meer is van in het eerste en tweede lid bedoelde bedreigende omstandigheden. De verzekeraar zal niet zonder nadere informatie of verzoek van de verzekerde de extra maatregelen beëindigen. De verzekeraar kan hierbij het initiatief nemen om nadere informatie in te winnen. De verzekeraar stelt de verzekerde in kennis dat de extra maatregelen worden beëindigd.

Artikel 13

Materieel controleren en fraudeonderzoek

- lid 1 De verzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de verzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- lid 2 De verzekeraar heeft het recht een fraudeonderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 3 Materiële controle en fraudeonderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de Basisverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Artikel 14

Overige voorwaarden

- lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de overeenkomst omschreven:
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Begin en einde van de vergoeding:
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze overeenkomst recht op vergoeding van gemaakte kosten bestaat, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Artikel 15

Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken om heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of de verzekeringnemer een geschil over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 030 698 83 60
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

U of de verzekeringnemer kunt zich ook wenden tot de bevoegde rechter.

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 0900 770 70 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Overeenkomst aanvullende verzekering **PNO Ziektekosten**

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomst aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Prestatiewijze en dekking	45
Artikel 2	Pakketwijziging	45
Artikel 3	Uitsluitingen	45
Artikel 4	Toepasselijk recht	46

Overeenkomst aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1

Prestatiewijze en dekking

- lid 1 De verzekeraar vergoedt de kosten van verstrekkingen of vergoedingen, zoals aangegeven in het door de verzekeraar vastgestelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen dat onderdeel vormt van deze overeenkomst, met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, van deze Overeenkomst aanvullende verzekering PNO Ziektekosten.
- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
1. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
2. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
- lid 3 Desgevraagd heeft verzekerde recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van de benodigde zorg (zorgbemiddeling).
Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de verzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- lid 4 Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Artikel 2

Pakketwijziging

- lid 1 De verzekeringnemer heeft de gelegenheid om het in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, bedoelde pakket van verstrekkingen of vergoedingen te wijzigen met ingang 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop het verzoek tot wijziging door de verzekeraar is ontvangen.
- lid 2 Het in het eerste lid bedoelde verzoek tot omzetting dient uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de voor het komende kalenderjaar geldende dekkings- en polisvoorwaarden door de verzekeraar te zijn ontvangen.
- lid 3 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in het eerste lid, is er terzake van de in het voorgaande kalenderjaar geldende termijnen van aanspraken op grond van de onder het eerste lid bedoelde pakketten sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen pakketwijziging had plaatsgevonden. Een vóór het moment van pakketwijziging afgegeven machtiging blijft ná deze wijziging geldig, met dien verstande dat bij een pakketwijziging de binnen de op de machtiging vermelde termijn gedane vergoedingen van kosten naar rato wordt meegeteld bij het bepalen van de (maximum)vergoeding van kosten in het kader van het nieuwe afgesloten pakket van verstrekkingen en vergoedingen, als bedoeld in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, van deze overeenkomst.

Artikel 3

Uitsluitingen

Tenzij expliciet anders is bepaald, bestaat onder deze overeenkomst aanvullende verzekering geen aanspraak op de vergoeding van kosten van:

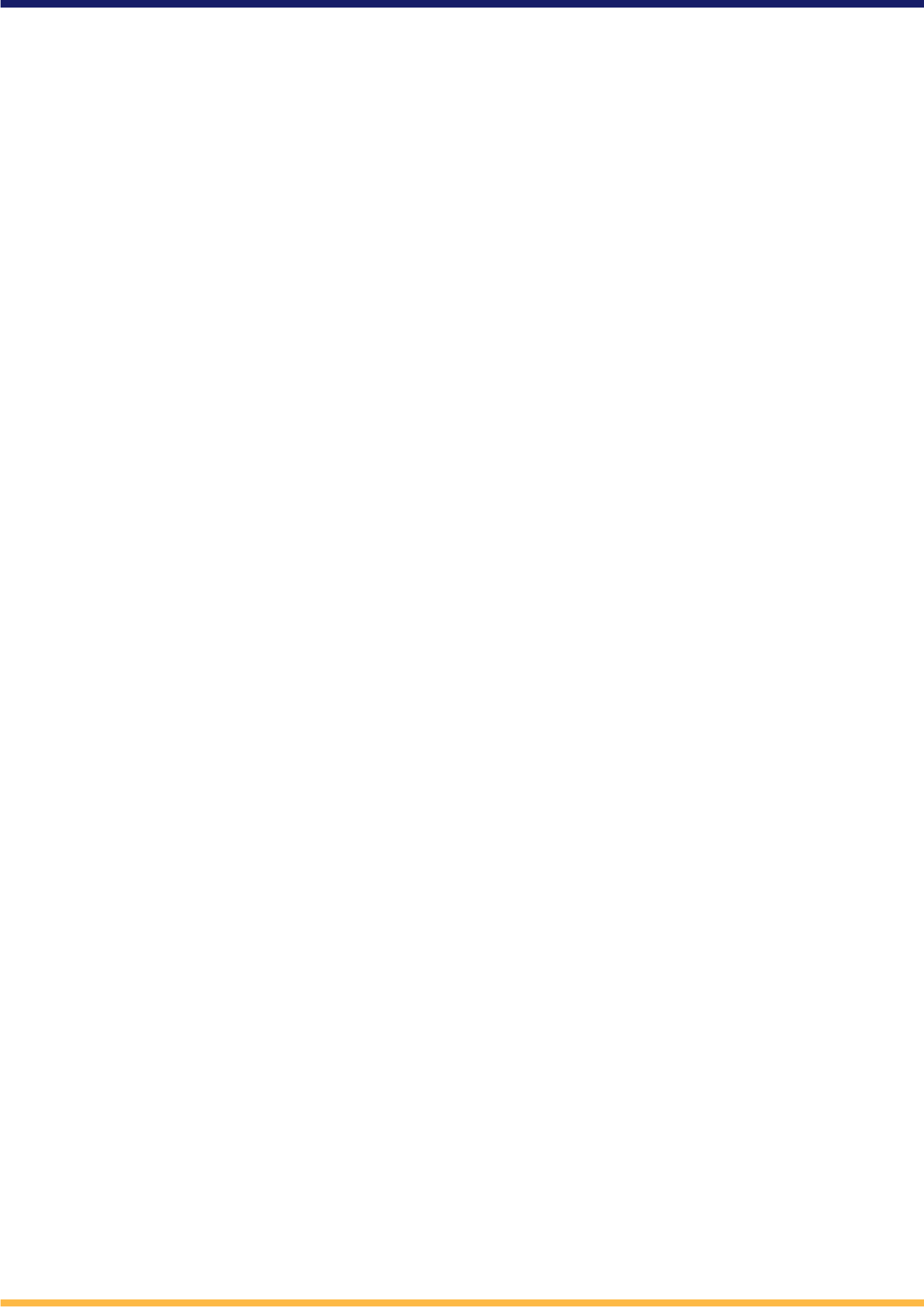
- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- bevolkingsonderzoek in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bij voorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en/of vaccinaties;
- het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- niet nagekomen afspraken;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door de maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit Zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter

beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 4

Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.





PNO Ziektekosten

Postadres: Postbus 459, 3990 GG HOUTEN

Bezoekadres: De Molen 66, 3995 AX HOUTEN

Voor meer informatie kunt u contact opnemen
met het Service Center: 030 639 62 62