

Polisvoorwaarden 2008

Basispolis Basic

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de Algemene Voorwaarden aan, die van toepassing zijn op de Pro Life Basispolis Basic. Pro Life is een merk (label) van Agis Zorgverzekeringen. U zult dan ook hierna diverse keren de naam Agis Zorgverzekeringen, als zijnde de feitelijke zorgverzekeraar, tegenkomen. In de Algemene Voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken. Tevens treft u de lijst van aanspraken aan van uw Pro Life Basispolis Basic.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde termen verstaan wordt.

Lijst van aanspraken

In deze lijst vindt u omschreven onder welke voorwaarden u aanspraak hebt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor verstrekking in aanmerking komen. De Pro Life Basispolis Basic verzekert het risico als bedoeld in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet en geeft u recht op de prestaties als bedoeld in artikel 11 van die Wet, zoals onder andere huisarts, geneesmiddelen, hulpmiddelen, specialistische zorg en (bijzondere) ziekenhuiszorg. Deze polis geeft, overeenkomstig uw wens, geen recht op abortus provocatus (met uitzondering van de vitale indicatie), opzettelijk levensbeëindigend handelen (bijvoorbeeld euthanasie), geslachtsveranderende ingrepen, in vitro fertilisatie waarbij er sprake is van restembryo's en/of waarbij geslachtscellen van anderen dan de partner worden gebruikt en genetisch onderzoek waarbij het doden van een ongeboren vrucht aan de orde kan zijn. De Pro Life Basispolis Basic gaat uit van aanspraak op gecontracteerde zorg (in natura). Indien u geen gebruik maakt van een gecontracteerde zorgverlener dan vindt u de vergoeding van de gemaakte kosten (via restitutie) ook vermeld bij de betreffende verstrekking. Als uitbreiding op de Pro Life Basispolis Basic kunt u kiezen voor een aanvullende verzekering. In de omschrijving van de dekkingen wordt per dekkingsonderdeel zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Prestatie, Verwijzing, Machtiging en Bijzonderheden.

Lijst van gecontracteerde zorgverleners

Voor een overzicht van de zorgverleners die een contract hebben met Pro Life (zogenaamde gecontracteerde zorgverleners) kunt u terecht op onze website www.prolife.nl. Op de website vindt u onder de 'Zorggids' per verstrekking c.q. behandeling de gecontracteerde zorgverleners bij u in de buurt. U kunt ook telefonisch met ons contact opnemen voor informatie over gecontracteerde zorgverleners bij u in de regio (telefoonnummer zie achterzijde).

Algemene voorwaarden

Deze voorwaarden hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en het eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Bij 'Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde' kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvan bij de zorgverzekeraar wilt indienen.

Pro Life Zorgverzekeringen
oktober 2007

Inhoudsopgave

Algemene voorwaarden	5
1 Begripsomschrijvingen	5
2 Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis	11
3 Algemene Voorwaarden	11
4 Grondslag van de zorgverzekering	11
5 Begin van de zorgverzekering	11
6 Einde van de zorgverzekering	12
7 Prestatiewijze en omvang van de dekking	13
8 Toestemming en verwijzing	14
9 Afhandeling schade en declaraties	15
10 Afspraken met de zorgverleners	15
11 Pro Life Zorgservice	15
12 Verplicht eigen risico	16
13 Vrijwillig gekozen eigen risico	16
14 Premiebetaling	17
15 Wijziging van premie of voorwaarden	18
16 Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde	18
17 Letselschadeservice	19
18 Fraude	20
19 Geschillenregeling	20
20 Persoonsregistratie	20
21 Uitsluitingen	21
22 Ingangsdatum Algemene Voorwaarden	21

Lijst van aanspraken	22
1 Huisartsenzorg	22
2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek	23
a Niet-klinische medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)	23
b Klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname)	23
c Plastisch-chirurgische behandelingen	24
d Audiologische zorg	25
e Chronisch intermitterende beademing	25
f Erfelijkheidsonderzoek en advisering	25
g Zorg bij trombose	25
h Oncologische aandoeningen bij kinderen	26
i Nierdialyse	26
j Orgaantransplantatie	26
3 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	27
a Eerstelijnspsychologische zorg	27
b Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg	28
c Klinische specialistische geestelijke gezondheidszorg (opname)	29
4 Ketenzorg	29
5 Zorg in verband met de geboorte van een kind	30
a In vitro fertilisatie	30
b Verloskundige zorg	30
c (Niet-)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk	31
d (Niet klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk	31
e Kraamzorg	31
6 Farmaceutische zorg	32
7 Hulpmiddelen	33
8 Revalidatie	33
9 Ziekenvervoer	34
a Helikoptervervoer en ambulancevervoer	34
b Zittend ziekenvervoer	34
10 Mondzorg	36
a Bijzondere tandheelkundige zorg	36
b Mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar	36
c Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak	37
d Kaakchirurgische zorg	38
11 Paramedische zorg	38
a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	38
b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar	39
c Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	40
d Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar	40
e Logopedie	40
f Ergotherapie	41
g Dieetadvisering	41
12 Buitenlanddekking	41
Bijlage bij artikel 13 Vrijwillig gekozen eigen risico	43
Reglement PGB experiment GGZ	44

Algemene Voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvraagformulier:

Verzoek tot het sluiten van een overeenkomst van zorgverzekering.

Aanvullende verzekering:

De overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen verzekeringnemer en Agis Ziektekostenverzekering N.V. die recht geeft op de in de aanvullende verzekering bepaalde aanspraken of vergoedingen, welke niet verleend worden krachtens de zorgverzekering.

Apotheker:

De gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel de apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts:

Een arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Audiologisch centrum:

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling, die audiologische zorg verleent.

AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Beademingscentrum:

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten centrum voor chronisch intermitterende beademing onder wiens verantwoordelijkheid beademing plaatsvindt bij de patiënt thuis, in een daartoe ingerichte lokaliteit of tijdens verblijf in het beademingscentrum.

Bedrijfsarts:

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten

Bekkenfysiotherapeut:

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg:

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

Een instelling die een vergunning heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde:

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

Collectieve overeenkomst:

Een collectieve verzekering voor personen, die door een gemeenschappelijke factor met elkaar verbonden zijn, zoals een werkgever, overkoepelend orgaan, franchiseorganisatie, beroepsorganisatie, instelling of vereniging.

Contractant:

Het rechtssubject waarmee de collectieve overeenkomst van zorgverzekering is aangegaan.

Combinatietest:

Test bestaande uit een NT meting en serumtest.

Contractant:

Het rechtssubject waarmee de collectieve overeenkomst van zorgverzekering is aangegaan.

Counseling:

Verstrekken van informatie die het mogelijk maakt om een wel overwogen keuze te maken voor het wel of niet ondergaan van een prenatale screening.

Dbc-tarief:

De kosten van het ziekenhuis, GGZ instelling, zelfstandig behandelcentrum of extramuraal werkende medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut, inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer begrepen het honorarium van de medisch specialist.

Deelnemer:

De actieve of postactieve medewerker van contractant, dan wel natuurlijk persoon, wiens belangen door contractant worden behartigd en die als verzekerde en/of verzekeringnemer bij de zorgverzekeraar staat ingeschreven.

Diëtist:

Een diëtist(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Echopraktijk:

Praktijk bestaande uit één of meerdere zorgaanbieders die bevoegd zijn echoscopisch onderzoek in de eerste lijn te verrichten.

Echoscopist:

Een in Nederland gevestigde zorgaanbieder die als zodanig staat ingeschreven in het door de KNOV beheerde echoregister dan wel ingeschreven is in het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland.

Eerstelijnspsycholoog:

Een gezondheidszorgpsycholoog die in het bezit is van de kwalificatie Eerstelijnspsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut:

Een ergotherapeut(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

EU/EER:

Europese Unie/Europese Economische Ruimte, dat zijn de landen van de EU, aangevuld met IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Noorwegen.

Extramuraal werkend:

Werkend in een eigen praktijk buiten het organisatorisch verband van een instelling.

Fraude:

Het plegen of trachten te plegen of het doen plegen van valsheid in geschrifte, oplichting/bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en verduistering.

Fysiotherapeut:

Een fysiotherapeut(e) die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Tevens wordt onder fysiotherapeut verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gekwalificeerd zorgverlener:

Zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen gesteld door de Nederlandse wet en die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Gezondheidszorgpsycholoog:

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instellingen:

Instellingen die ten laste van de Zorgverzekeringswet en/of AWBZ geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in verband met een psychiatrische aandoening mogen leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf.

Hoofdverzekering:

De Pro Life Basispolis Basic.

Huidtherapeut:

Degene die voldoet aan het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut. Het besluit is gebaseerd op artikel 34 Wet BIG.

Huisarts:

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

Huisartsendienstenstructuur:

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 1 onder c van de 'Wet marktordening gezondheidszorg 1992' dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Hulpmiddelen:

De middelen die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Instelling voor tandheelkundige zorg:

Een in Nederland als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor tandheelkundige zorg, zoals instelling voor jeugdtandzorg en instelling voor mondzorg.

Kaakchirurg:

Een tandartspecialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

Kalenderjaar:

De periode van een jaar die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg:

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening, ongeacht waar die zorg wordt gegeven. Aan dit zorgprogramma nemen meerdere zorgverleners deel, zowel in de 1e als in de 2e lijn. Deze zorgverleners vormen een keten, ook wel genoemd de zorgverlenersgroep. De verzekerden die deze aandoening hebben zijn de doelgroep.

Kinderen:

Verzekerden, jonger dan 18 jaar, waarvoor op grond van artikel 16, lid 2 van de Wet geen premie verschuldigd is, en ten behoeve waarvan door een verzekeringnemer een zorgverzekering is afgesloten.

Kinderfysiotherapeut:

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Kinder en jeugdpsycholoog:

Degene die in het bezit is van de kwalificatie Kinder en Jeugdpsycholoog van het NIP.

Klinisch psycholoog:

Een gezondheidszorgpsycholoog die tevens is ingeschreven in het specialistisch register van klinisch psychologen ex artikel 14 Wet BIG.

Kraamzorg

Zorg zoals gediplomeerd kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling op basis van het landelijk Indicatieprotocol kraamzorg.

Letselschadeservice:

De zorg bij het verhalen van persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade.

Logopedist:

Een logopedist(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Manueel therapeut:

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het deelregister manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Medisch adviseur:

De arts die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist:

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

Modelovereenkomst:

Voorbeeldovereenkomst van een door Pro Life aan te bieden zorgverzekering.

Mondhygiënist:

Een mondhygiënist(e) die rechtsgeldig de titel van mondhygiënist voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut alsmede het Besluit functionele zelfstandigheid.

Natura:

Zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Wet, voor het verlenen waarvan de zorgverlener een contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar en waarvoor hij op grond van dit contract rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert.

Niet-gecontracteerde zorg:

Zorg, waarvoor de zorgverlener geen contract als hierboven bedoeld onder natura heeft gesloten met de zorgverzekeraar.

NT meting:

Echoscopische nekplooiemeting bij de foetus in het eerste trimester van de zwangerschap.

Oedeemtherapeut:

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het deelregister oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Oefentherapeut:

Een oefentherapeut(e) Cesar of oefentherapeut(e) Mensendieck, die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ongeval:

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Opname:

Opname in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of GGZ-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in deze instellingen kunnen worden geboden.

Orthodontist:

Een tandartspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

Orthopedagoog:

Degene die in het bezit is van een registratie als Orthopedagoog-Generalist van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen (NVO).

Polisblad:

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering, maakt onderdeel uit van de polis.

Premiegrondslag:

De bij deze polis behorende premie, indien er generlei korting van kracht zou zijn.

Prenatale screening:

screening bestaande uit onder andere Counseling, Combinatietest (NT meting en serumtest), en Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO).

Prestatie:

(Aanspraak op) zorg of vergoeding van kosten van zorg conform artikel 11 van de Wet.

Pretecho:

Echo niet op medische gronden geïndiceerd of noodzakelijk.

Pro Life Zorgverzekeringen:

De tussen de Agis Zorgverzekeringen N.V. (i.o.) en verzekeringnemer ten behoeve van zichzelf en/of (een) andere verzekeringsplichtige(n) gesloten zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet, die geregeerd wordt, behalve hetgeen bij of krachtens de wet is bepaald, door deze polisvoorwaarden.

Psychiater/zenuwarts:

Een psychiater die als zodanig is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut:

Een psychotherapeut, niet zijnde psychiater, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Regeling zorgverzekering:

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van september 2005, houdende regels terzake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

Restitutie:

Vergoeding van kosten van zorg, conform artikel 11, lid 1 sub b van de Wet.

Tandarts:

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus:

Een tandprotheticus die rechtsgeldig de titel van tandprotheticus voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Verblijf:

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verdragsland:

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige:

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundige:

Een verpleegkundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verzekeringnemer:

Degene die ten behoeve van zichzelf en/of (een) ander(en) een overeenkomst van zorgverzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekerde:

Degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Wet, door de overeenkomst van zorgverzekering wordt gedekt, en ten behoeve van wie een polisblad is afgegeven.

Verzekeringsplichtige:

Degene die op grond van artikel 2 van de wet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Vrijwillig gekozen eigen risico:

Een door de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Wet, dat de verzekeringnemer voor zijn rekening zal nemen.

Wet:

De Zorgverzekeringswet (Zvw).

Wet BIG:

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijzigingsformulier:

Verzoek tot het wijzigen van een overeenkomst van zorgverzekering.

Wmg:

Wet marktordening gezondheidszorg.

Wmg-tarief:

Een door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) landelijk vastgesteld tarief.

Zelfstandig behandelcentrum:

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis:

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverlener:

De natuurlijke of rechtspersoon die medische of paramedische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen of aanbieder van ziekenvervoer.

(Zorg)verzekeraar:

Agis Zorgverzekeringen N.V. (i.o.) dan wel voor wat betreft de aanvullende verzekering Agis Ziektekostenverzekeringen N.V..

Zorgverzekering:

De Pro Life Basispolis Basic.

2 Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis

Deze polis is van toepassing in Nederland en het buitenland, volgens de hieronder volgende voorwaarden. Zij kan worden afgesloten door verzekeringsplichtigen, wonend in of buiten Nederland.

3 Algemene Voorwaarden

- 1 Deze Algemene Voorwaarden zijn van toepassing op en maken deel uit van de Pro Life Basispolis Basic.
- 2 Voor de dekking van de verschillende polissen geldt hetgeen in de dekkingsrubriek of in de lijst van aanspraken van de desbetreffende polis staat vermeld.

4 Grondslag van de zorgverzekering

- 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde vragenformulier.
- 2 Alleen de tekst van de verzekeringsovereenkomst is bindend zoals deze luidt, met inachtneming van eventuele wijzigingen in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

5 Begin van de zorgverzekering

- 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van een kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.
- 2 De ingangsdatum is de datum waarop door de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekering, vermeldende welke polisvariant gewenst is, is ontvangen, dan wel de datum waarop nader gevraagde informatie is ontvangen.

- 3 De ingangsdatum kan op verzoek van degene die sluiting van de zorgverzekering verlangt, liggen na de in lid 2 genoemde datum, indien degene te wiens behoefte de zorgverzekering wordt gevraagd reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is.
- 4 Ondanks het hierboven in lid 3 bepaalde, is de ingangsdatum voor iemand door of ten behoeve van wie een aanmelding voor een verzekering plaatsvindt, als nieuwe verzekeringsplichtige in het kader van de Zorgverzekeringswet gelijk aan de datum waarop de verzekeringsplicht ontstond, als de verzekering tot stand komt binnen 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht.
- 5 Indien de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging, is de ingangsdatum de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

6 Einde van de zorgverzekering

- 1 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens in het geval van artikel 14 lid 5, eventueel na toepassing van schorsing als bedoeld in artikel 14 lid 4 onder e.
- 2 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.
- 3 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ.
- 4 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip van de verhuizing naar een woonplaats buiten het statutaire werkgebied van de zorgverzekeraar.
- 5 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering 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 dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan.
- 6 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan deze zorgverzekering per brief opzeggen gedurende het jaar, indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Van dit laatste dient een bewijs overgelegd te worden.
- 7 In afwijking van artikel 940, 4e lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek kan de verzekeringnemer niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de zorgverzekeringswet gestelde regels. Zie ook artikel 15 lid 1.
- 8 De opzegging, bedoeld in het 6e lid, gaat in op de eerste dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- 9 In afwijking van het voorgaande lid gaat een opzegging, bedoeld in het 6e lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- 10 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, als bedoeld in artikel 14 lid 5, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- 11 De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar een zorgpolis.
- 12 Indien de zorgverzekering eindigt, verstrekt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering, waarop worden aangetekend:
 - a naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaalnummer of, na invoering, het burgerservicenummer van de verzekerde;
 - b naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
 - c naam, adres en woonplaats van de zorgverzekeraar;
 - d de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
 - e of voor de verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja, met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en met welke in verband daarmee verleende korting.
- 13 Indien de zorgverzekering eindigt om de in artikel 6 lid 3 genoemde reden, wordt dat op het in het vorige lid bedoelde bewijs aangetekend.

- 14 Onverminderd hetgeen in de voorgaande leden van dit artikel is bepaald omtrent het einde van de verzekering neemt de verzekering voorts een einde als gevolg van de omstandigheden als genoemd in artikel 18 lid 1 van deze Algemene Voorwaarden.
- 15 Indien de zorgverzekeraar op grond van mededelingen van de verzekeringnemer omtrent het overlijden van de verzekerde dan wel het eindigen van diens verzekeringsplicht tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

BELANGRIJK

Wijzigingen met betrekking tot verhuizing, geboorte van een kind of overlijden ontvangt Pro Life automatisch van de gemeente. U hoeft deze gegevens dus niet meer aan ons door te geven. Informeer wel zo spoedig mogelijk uw gemeente.

7 Prestatiewijze en omvang van de dekking

- 1 a De aanspraak op zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet, het Besluit zorgverzekering, de regeling zorgverzekering en de Agis reglementen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- b De lijst van aanspraken beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging).
- c De zorg wordt verstrekt op basis van het op het moment van behandeling door of namens de zorgverzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen zorgverzekeraar en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar genoemde kosten volgens het hieronder in lid 2 en volgende bepaalde, tenzij in de lijst van aanspraken dan wel in door de zorgverzekeraar vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor hulpmiddelen, farmacie en het PGB experiment GGZ. Deze reglementen maken deel uit van de polisvoorwaarden. Het reglement PGB experiment GGZ is geïntegreerd in de polisvoorwaarden. De reglementen voor hulpmiddelen en farmacie zijn los en kosteloos bij Pro Life op te vragen.
- 2 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - a het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - b indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdszorgverlening hanteert de zorgverzekeraar 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. In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

- 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, wordt de vergoeding tenzij anders bepaald bij het desbetreffende artikel beperkt tot maximaal het gemiddelde door Pro Life gecontracteerde tarief, met inachtneming van het hieronder onder 5 bepaalde.
- 4 Indien en voorzover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt de verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van de zorgverzekeraar, van het voor de verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde, te hebben verleend.
- 5 Verstrekking van zorg dan wel vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden ten aanzien van de betreffende prestatie is bepaald.
- 6 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van de hoofdverzekering als onder de dekking van een aanvullende verzekering en/of een tandartsverzekering dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de hoofdverzekering.
- 7 a De verzekerde heeft recht op zorg dan wel vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de in de wet en de polis genoemde dekkingsonderdelen en tot de in de wet en de polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Indien de dekking van zorg is opgeschort als gevolg van het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie heeft de verzekerde geen recht op zorg dan wel vergoeding van de verzekerde kosten. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- b Zolang de dekking niet is opgeschort mag de verzekerde van de zorgverlener, die de zorg verleent op grond van een daartoe gesloten overeenkomst met de zorgverzekeraar (zie: Natura) geen nota ontvangen.
- 8 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

BELANGRIJK

Kosten worden vergoed tot maximaal de wettelijke (Wmg tarieven) of marktconforme tarieven. Kijk voor marktconforme tarieven op www.prolife.nl of bel met onze Klantenservice 033 422 81 89.

8 Toestemming en verwijzing

- 1 Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de zorgverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 2 De zorgverzekeraar betaalt na verleende schriftelijke toestemming als bedoeld in het vorige lid de aan de zorg verbonden kosten met inachtneming van het overigens in deze Algemene Voorwaarden bepaalde. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen, dan worden deze bij de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van aanspraken, dient er een verwijzing van een andere zorgverlener te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de zorgverzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.
- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.
- 5 Indien ten behoeve van de verzekerde toestemming was verleend door de zorgverzekeraar waar de verzekerde verzekerd was voordat de zorgverzekering bij Pro Life werd gesloten, zal Pro Life die toestemming voor zoveel nodig beschouwen als door haar verleend.

9 Afhandeling schade en declaraties

- 1 De verzekerde is verplicht om:
 - a de behandelend (huis)arts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar bekend te maken;
 - b de door de zorgverzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
 - c desgevraagd aan de zorgverzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - d op de hierna in punt 9.2 omschreven wijze de declaraties in te dienen;
 - e computernota's te laten waarmerken door de zorgverlener;
 - f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden;
 - g bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: **0900 328 24 47** (€ 0,05 p/min).
- 2 De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten – onder overlegging van de originele nota's – bij de zorgverzekeraar declareren. De declaratie moet bij de zorgverzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van een door de zorgverzekeraar te verstrekken declaratieformulier. De vergoeding zal worden overgemaakt op het bij Pro Life met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst bekende rekeningnummer.
- 3 De verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
- 4 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.

10 Afspraken met de zorgverleners

- 1 De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtstreeks declareren door de zorgverlener. De zorgverlener zal in dat geval de declaratie voor de verleende zorg bij de zorgverzekeraar indienen, tenzij de zorgverzekeraar hiertoe, om hem moverende redenen, geen toestemming verleent.
- 2 Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen dan wel indien bepaalde posten vanwege een schorsing van de dekking niet betaald hoefden te worden maar toch door zorgverzekeraar aan de zorgverlener betaald zijn, worden bij de verzekeringnemer deze posten in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar dan wel een door de zorgverzekeraar daartoe aangewezen inningsbureau betaald te worden, op dezelfde wijze als waarop de premie aan de zorgverzekeraar betaald wordt, tenzij anders vermeld.

11 Pro Life Zorgservice

- 1 Als u te maken krijgt met een lange wachttijd in uw ziekenhuis, dan kunt u een beroep doen op Pro Life Zorgservice. Wij gaan dan actief zoeken naar een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. Pro Life Zorgservice probeert allereerst een ziekenhuis in uw regio in te schakelen. Als dit niet lukt wordt gezocht naar mogelijkheden bij een ziekenhuis buiten de regio, een Zelfstandig Behandel Centrum of een ziekenhuis in het buitenland. Uiteraard blijft het altijd uw eigen beslissing of u gebruik maakt van kortere wachttijden in een ander ziekenhuis.
- 2 Pro Life Zorgservice informeert en bemiddelt over wachttijden met betrekking tot:
 - opname in het ziekenhuis;
 - dagbehandeling in het ziekenhuis;
 - toegangstijd polikliniek;
 - niet-klinische behandeling;
 - diagnostisch onderzoek.

Pro Life Zorgservice informeert niet over wachttijden voor kraamzorg. Hiervoor verwijzen wij u naar Pro Life Topkraamzorg. Zie voor het telefoonnummer de achterpagina van deze polisvoorwaarden. Voor informatie over wachtlijsten van verpleeg- en verzorgingshuizen kunt u terecht bij het Zorgkantoor in uw regio.

U kunt uw verzoek voor wachtlijstbemiddeling indienen via het speciale aanvraagformulier op onze website www.prolife.nl of telefonisch 033 422 81 89.

12 Verplicht eigen risico

- 1 Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 18a van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 150,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder.
- 2 Van dit eigen risico zijn uitgezonderd de kosten voor huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.
- 3 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden voor beantwoording van de vraag of een verplicht eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.
- 4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de dbc toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 5 Een door de zorgverzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de zorgverzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met h. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.
- 6 Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt premieplichtig. Vanaf dat moment heeft de verzekerde ook een verplicht eigen risico.
- 7 Als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico, gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer van het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- 8 De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.

13 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 1 Buiten het wettelijk eigen risico als bedoeld in artikel 12 is het mogelijk een extra eigen risico te kiezen: het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 2 De Pro Life Basispolis Basic kent bovenop het wettelijk eigen risico als bedoeld in artikel 12 vijf varianten van vrijwillig gekozen eigen risico: € 100,- (dus totaal eigen risico € 250), € 200,- (€ 350), € 300,- (€ 450), € 400,- (€ 550) en € 500,- (€ 650) per kalenderjaar voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De bij de vrijwillig gekozen eigen risico's behorende kortingen op de premiegrondslag zijn opgenomen in de 'Bijlage bij artikel 13 Vrijwillig gekozen eigen risico'. Het door de verzekeringnemer gekozen vrijwillig gekozen eigen risico met de bijbehorende korting op de premiegrondslag wordt vermeld op het polisblad.
- 3 De kosten voor huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese vallen buiten de kosten van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 4 Kosten van zorg, die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het wettelijk eigen risico als bedoeld in artikel 12 en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- 5 Voor de bepaling van het wettelijk eigen risico, eventueel aangevuld met het vrijwillig gekozen eigen risico, (tezamen het totale eigen risico) is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het totale eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat

kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

- 6 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de dbc toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 7 Een door de zorgverzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de zorgverzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met h. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

14 Premiebetaling

- 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de 1e dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- 3 Voor verzekeringen afgesloten in het kader van een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt dat de wijze van betaling van de premie is vastgesteld in de tussen contractant en zorgverzekeraar gesloten overeenkomst.
- 4 Zowel voor individuele verzekeringnemers als voor deelnemers aan een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt het navolgende:
 - a de premiegrondslag wordt weergegeven op het polisblad, daarop wordt tevens aangegeven welke premie hoort bij het gekozen vrijwillig gekozen eigen risico en hoeveel korting gegeven wordt op grond van een eventueel bestaand collectief contract;
 - b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks, per kwartaal, per half jaar of jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen, bij voorkeur via automatische incasso. Indien de verzekeringnemer kiest voor een andere betaalwijze dan automatische incasso brengt de zorgverzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening. Deze administratiekosten worden vermeld op het polisblad. De premie is verschuldigd vanaf de 1e vervalddag nadat de verzekering van kracht is geworden;
 - c de premie en administratiekosten zijn verschuldigd op de premievervalddag. De premievervalddag is de laatste dag van de periode voorafgaande aan de periode waarover de premie is verschuldigd;
 - d indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies, en/of administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet of niet geheel op de premievervalddag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig. De nalatige verzekeringnemer wordt eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie en administratiekosten te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekeringnemer is gehouden tot vergoeding van de door de zorgverzekeraar gemaakte buitengerechtelijke incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder i;
 - e na ontvangst van de herinneringsbrief kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen;
 - f indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim;
 - g vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is, kan de zorgverzekeraar de zorgverzekering schorsen, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen onverlet laat. De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf de meest recente premievervalddag. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de zorgverzekeraar is ontvangen;
 - h als de zorgverzekeraar de zorgverzekering schorst, vervalt het verbod voor de verzekeringnemer deze op te zeggen als bedoeld in lid e;
 - i indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet op de premievervalddag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurde herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-;

- j vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke vertragsrente over de verschuldigde premie te voldoen;
 - k de zorgverzekeraar kan volledige betaling van de premie of andere schuld weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden;
 - l de zorgverzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen; het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;
 - m bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
 - n indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden voor de aanvullende verzekering hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de voor die verzekering verschuldigde bedragen.
- 5 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 18 maanden nalatig is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, het eigen risico of alle overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtigde (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).
- 6 Indien in geval van een collectieve overeenkomst is overeengekomen dat de premie door (tussenkost van) de contractant wordt voldaan, stelt de zorgverzekeraar bij niet tijdige betaling de deelnemer/verzekeringnemer eenmaal in de gelegenheid alsnog de verschuldigde premies en/of wettelijke bijdrage te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. Artikel 14, leden 4 en 5 zijn van overeenkomstige toepassing.

15 Wijziging van premiegrondslag of voorwaarden

- 1 Bij wijziging van de verzekerde prestaties/voorwaarden ten nadele van de verzekerde, kan deze de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
- 2 De verzekeringnemer kan de verzekering niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de zorgverzekeringswet gestelde regels.
- 3 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premiegrondslagen van de bij de zorgverzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien.
- 4 De herziening geschiedt op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van een herziening schriftelijk mededeling.
- 5 In het geval de zorgverzekeraar een wijziging in de voorwaarden aanbrengt die betrekking heeft op de termijnen van zorgaanspraken of de hoogte van de vergoeding, dan worden de gedane vergoedingen vóór de wijziging van de voorwaarden meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van de gewijzigde voorwaarden. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.
- 6 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- 7 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

16 Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde

- 1 De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk

binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de zorgverzekeraar mee te delen. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- wijziging van bankrekeningnummer;
 - in geval van een collectieve overeenkomst: het beëindigen van de arbeidsovereenkomst/relatie met werkgever/contractant, ongeacht of dit op initiatief van de deelnemer of op initiatief van werkgever/contractant is geschied/zal geschieden;
 - het gedetineerd zijn van verzekeringnemer/verzekerde, met de ingangsdatum van de detentie, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de zorgverzekeraar of de medisch adviseur van zorgverzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de zorgverzekeraar noodzakelijk worden geacht met inachtneming van privacyregelgeving.
 - 3 Mededelingen verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
 - 4 a de zorgverzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer periodiek een relatieblad, waarin naast informatie over zorgverzekeraar, de ziektekostenovereenkomst, verzekeringsproducten en diensten ook aanverwante zaken zijn opgenomen;
 - b de verzekeringnemer kan de zorgverzekeraar schriftelijk verzoeken ter zake toezending van het relatieblad zijn persoonsgegevens te blokkeren. In dat geval zal het relatieblad niet meer aan de verzekeringnemer en de verzekerde worden toegestuurd en zal de zorgverzekeraar hen schriftelijk van eventuele wijzigingen in premie of voorwaarden in kennis stellen;
 - c indien op een dergelijk verzoek de persoonsgegevens van verzekeringnemer geblokkeerd zijn en het relatieblad niet meer toegezonden wordt, kunnen verzekeringnemer en/of verzekerden zich niet beroepen op het ontbreken van dan wel het niet hebben ontvangen van informatie welke in het relatieblad is opgenomen. De zorgverzekeraar is alsdan niet aansprakelijk voor door verzekeringnemer en/of verzekerden geleden schade voortvloeiende uit het ontbreken van, dan wel het niet hebben ontvangen van deze informatie.
 - 5 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen of nalaten van een aansprakelijke derde, dan is de verzekerde terstond verplicht de zorgverzekeraar hierover te informeren en dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de zorgverzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de zorgverzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
 - 6 De verzekeringnemer en/of de verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
 - 7 Het niet meewerken van de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan het bepaalde in het 5e en 6e lid kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.

BELANGRIJK

Wijzigingen met betrekking tot verhuizing, geboorte van een kind of overlijden ontvangt Pro Life automatisch van de gemeente. U hoeft deze gegevens dus niet meer aan ons door te geven. Informeer wel zo spoedig mogelijk uw gemeente.

17 Letselschadeservice

- 1 De letselschadeservice verleent hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval.
- 2 Onder de in lid 1 genoemde schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.
- 3 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de zorgverzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Dit expertisebureau kan de verzekerde ook bijstaan in het verhalen van persoonlijke schade. Informatie vindt u in de brochure Agis letselschadeservice. Deze brochure kan worden aangevraagd via de Klantenservice, via de website of via de servicepunten van zorgverzekeraar. Zie voor meer informatie de achterpagina van deze polisvoorwaarden.

18 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, behoudt zorgverzekeraar zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de zorgverzekering en indien van toepassing de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de zorgverzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraudesignaleringsstelsel.
- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de zorgverzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.
- 4 De verzekerde is verplicht om bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer 0900 328 24 47 (€ 0,05 p/min).

19 Geschillenregeling

- 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze polis genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient gericht te worden aan het Klachtenbureau van Pro Life.
- 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement. Het adres van de Stichting Klachten en Geschillen is Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).
- 4 Klachten over de uitvoering van een aanvullende verzekering kunnen ook gericht worden aan de Stichting Klachten en Geschillen.
- 5 Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen hun beklag indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door Agis Zorgverzekeringen gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies. Op de website van de NZa (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

20 Persoonsregistratie

- 1 De zorgverzekeraar legt wanneer verzekeringnemer of verzekerde contact met de zorgverzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwickelen van de zorgverzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met verzekeringnemer of verzekerde te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om verzekeringnemer of verzekerde te informeren over de producten en diensten van zorgverzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies en/of informatie.
- 2 De zorgverzekeraar zal zich met betrekking tot het verwerken van de persoonsgegevens houden aan het Addendum Zorgverzekeraars bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.
- 3 De zorgverzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

- 4 Verzekeringnemer of verzekerde kan de zorgverzekeraar verzoeken om verstrekking van een overzicht van verwerkte persoonsgegevens. Zorgverzekeraar zal verzekeringnemer of verzekerde binnen 4 weken, mits zij daartoe wettelijk gehouden is, het overzicht verstrekken. Indien er onjuistheden zijn in de door zorgverzekeraar geregistreerde persoonsgegevens, kan de verzekeringnemer of verzekerde de zorgverzekeraar schriftelijk verzoeken tot correctie of verwijdering van deze persoonsgegevens. Voor het verstrekken van bovengenoemd overzicht kan een bijdrage in de kosten worden verlangd.

21 Uitsluitingen

- 1 Geen aanspraak op grond van deze polis bestaat op:
 - de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
 - griepvaccinaties;
 - alternatieve geneeswijzen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ten behoeve van verloskundige zorg;
 - declaraties als gevolg van niet-nagekomen afspraken;
 - indien de schade is veroorzaakt door terrorisme kan de dekking beperkt worden door de Minister van Financiën.
- 2 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 financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel 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 eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de zorgverzekeringwet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.
- 3 In aanvulling op deze Algemene Voorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking' bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam gedeponereerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocol afwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponereerd onder nummer 79/2003. Registratie heeft tevens plaatsgevonden bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage op 12 juni 2003 onder nummer 27178761. Op aanvraag verstrekt de zorgverzekeraar kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl.
- 4 Overigens zijn er ook, geheel volgens de wettelijke bepalingen, situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn voor de duidelijkheid omschreven bij de betreffende rubrieken. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw aanspraak of recht op vergoeding. Bepaalde vormen van zorg die in deze polis zijn uitgesloten, kunnen wel vergoed worden vanuit een aanvullende verzekering.

22 Ingangsdatum Algemene Voorwaarden

Deze Algemene Voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2008.

Lijst van aanspraken

Met de invoering van de basisverzekering mag iedereen zelf bepalen bij welke zorgverlener hij of zij zich laat behandelen. U kunt nog steeds naar een zorgverlener die een overeenkomst heeft met Pro Life, maar u kunt nu ook terecht bij zorgverleners zonder contract. De vergoeding hiervan kan grofweg op twee manieren plaatsvinden.

Gecontracteerde zorg

Bij gecontracteerde zorg sluit Pro Life contracten af met zorgverleners. In die contracten worden afspraken gemaakt over de kwaliteit, inhoud, tarieven, doelmatigheid en betaling van de zorg. Wanneer u behandeld wordt door een zorgverlener die een contract heeft met Pro Life, ontvangt u hiervoor geen rekening. De zorgverlener dient de declaratie rechtstreeks in bij Pro Life.

Niet-gecontracteerde zorg

Hierbij gaat het om zorg die wordt geleverd door een erkende zorgverlener die geen contract heeft met Pro Life. Er zijn met deze zorgverlener dus geen afspraken gemaakt over de kwaliteit, inhoud, tarieven, doelmatigheid en betaling van de zorg. De zorgverlener schrijft voor de behandeling een rekening uit, die door u zal moeten worden voorgeschoten. Pro Life vergoedt vervolgens achteraf geheel of gedeeltelijk de kosten. Bij niet-gecontracteerde zorg is het dus mogelijk dat u zelf moet bijbetalen! Pro Life streeft ernaar zoveel mogelijk zorgverleners te contracteren. Dit heeft voor u verschillende voordelen:

- u krijgt uw zorg volledig vergoed;
- u bent verzekerd van kwalitatief goede zorg;
- u hoeft geen kosten voor te schieten.

Uiteindelijk bent u degene die bepaalt naar welke erkende zorgverlener u gaat!

Hoe vindt u een gecontracteerde zorgverlener?

Voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners kunt u terecht op onze website www.prolife.nl. Op deze website vindt u de 'Zorggids', waarin u per verstrekking c.q. behandeling eenvoudig kunt zoeken naar een zorgverlener bij u in de buurt. Uiteraard kunt u ook telefonisch contact opnemen voor informatie over gecontracteerde zorgverleners bij u in de regio.

De kosten worden aan de zorgverlener vergoed op basis van het, op het moment van behandeling, door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen Pro Life en de zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt Pro Life genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel marktconforme tarief, tenzij in de lijst van aanspraken dan wel in door Agis vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor hulpmiddelen, farmacie en het PGB experiment GGZ. Het reglement PGB experiment GGZ is geïntegreerd in de polisvoorwaarden. De reglementen voor hulpmiddelen en farmacie kunt u bij Pro Life kosteloos opvragen. Ook zijn de reglementen te raadplegen en te downloaden vanaf internet op www.prolife.nl of opvraagbaar via onze Klantenservice **033 422 81 88**.

1 Huisartsenzorg

Omschrijving: zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden. Deze zorg omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Zorgverlening: huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts of onder een huisartsendienstenstructuur werkzaam is.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg bij de huisarts waar verzekerde is ingeschreven. Bij spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente geldt ook aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden van de inschrijving (maximaal 1 maal per kalenderjaar) en het consult. Bij spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente geldt ook vergoeding.

Bijzonderheden:

- verloskundige zorg door de huisarts: zie lijst van aanspraken bij artikel 5b;
- niet-spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente wordt niet vergoed.

- Uitsluitingen:
- opzettelijk levensbeëindigend handelen (bijvoorbeeld euthanasie);
 - MRI-diagnostiek;
 - keuringen;
 - griepvaccinaties;
 - vasectomie (sterilisatie bij mannen);
 - circumcisie (besnijdenis);
 - reizigersadvisering.

2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek

a Niet-klinische medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum of door een extra-muraal werkende medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum of een extra-muraal werkende medisch specialist.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten of 90% van het gemiddelde door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. Deze laatste vergoeding geldt uitsluitend voor behandelingen, door een niet-gecontracteerd ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum of door nietgecontracteerde extra-muraal werkende medisch specialisten, die behoren tot het zogenaamde dbc-B segment (o.a. knie-, lies-, heup- en staaroperaties, zie TIP bij artikel 2b).

Verwijzing: huisarts, tandarts, verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

Bijzonderheden: in vitro fertilisatie, zie lijst van aanspraken artikel 5a.

- Uitsluitingen:
- opzettelijk levensbeëindigend handelen (bijvoorbeeld euthanasie);
 - geslachtsveranderende ingrepen;
 - uvuloplastiek als behandeling bij snurken;
 - behandeling gericht op sterilisatie en ongedaan maken van sterilisatie van man of vrouw;
 - behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenaamde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket.

b Klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname)

Omschrijving: medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten of 90% van het gemiddelde door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. Deze laatste vergoeding geldt uitsluitend voor behandelingen, door een niet-gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, die behoren tot het zogenaamde dbc B segment (o.a. knie-, lies-, heup- en staaroperaties, zie TIP bij artikel 2b). Het beleid van Pro Life is er op gericht om alle ziekenhuizen te contracteren, zodat u praktisch altijd uw behandeling volledig vergoed krijgt.

Machtiging: ja, vooraf bij (dag)opnames voor plastisch chirurgische behandelingen.

Verwijzing: huisarts, tandarts, verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

- Bijzonderheden:
- aanspraak op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis bestaat gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreking wegens weekend- en vakantieverlof telt wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
 - bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar zal het eigen risico (wettelijk en vrijwillig gekozen) slechts eenmaal worden ingehouden en worden berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam;
 - opzettelijk levensbeëindigend handelen (bijvoorbeeld euthanasie) is uitgesloten van deze polis en komt niet voor vergoeding in aanmerking;
 - geslachtsveranderende ingrepen zijn uitgesloten van deze polis en komen niet voor vergoeding in aanmerking.

TIP

Op www.prolife.nl vindt u onder het kopje polisvoorwaarden een overzicht van de medisch specialistische verrichtingen die vallen onder het dbc B segment. Voor deze verrichtingen gelden marktconforme tarieven. U vindt hier ook een overzicht van de marktconforme tarieven. U kunt ook bellen met onze Klantenservice, telefoon 033 422 81 88.

c Plastisch-chirurgische behandelingen

- Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:
- a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - c verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - d de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

TIP

Het beleid van Pro Life is erop gericht om zo breed mogelijk te contracteren. Pro Life heeft dan ook met alle gerenommeerde ziekenhuizen contracten afgesloten. Bij een gecontracteerd ziekenhuis heeft u volledige aanspraak op zorg. Op onze internetsite www.prolife.nl vindt u onder de link Zorggids een overzicht van de zorgverleners waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt. U kunt ook bellen met onze Klantenservice, telefoon 033 422 81 88.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten of 90% van het gemiddelde door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. Deze laatste vergoeding geldt uitsluitend voor behandelingen, door een niet-gecontracteerd ziekenhuis en zelfstandig behandelcentrum, die behoren tot het zogenaamde dbc B segment (o.a. knie-, lies-, heup- en staaroperaties, zie TIP bij artikel 2b). Het beleid van Pro Life is erop gericht om alle ziekenhuizen te contracteren, zodat u praktisch altijd uw behandeling volledig vergoed krijgt.

Verwijzing: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij Pro Life afspraken heeft gemaakt met het gecontracteerde ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

- Uitsluitingen:
- geslachtsveranderende ingrepen;
 - behandeling voor correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het operatief plaatsen, het operatief verwijderen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

d Audiologische zorg

- Omschrijving: aanspraak bestaat op zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
 - advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
 - voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
 - psychosociale zorg, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
 - zorg bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

- Prestatie: • gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
• niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

e Chronisch intermitterende beademing

- Omschrijving: noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit:
- a het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
 - b de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Zorgverlening: beademingscentrum (toegelaten centrum voor chronisch intermitterende beademing).

- Prestatie: • gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
• niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: longarts.

f Erfelijkheidsonderzoek en advisering

- Omschrijving: Centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. De zorg omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid-onderzoek en DNA onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoek bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Zorgverlening: centrum voor erfelijkheidsonderzoek en advisering.

- Prestatie: • gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
• niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: verloskundige, huisarts of behandelend medisch specialist.

- Bijzonderheden: • onderzoek van een doodgeboren kind op het bestaan van erfelijke afwijkingen komt ten laste van de ziektekostenverzekering van de moeder;

- Uitsluitingen: • chromosoom- of DNA-onderzoek voor bepaling van het ouderschap;
• genetisch onderzoek, waarbij het doden van een ongeborn vrucht aan de orde kan zijn.

g Zorg bij trombose

- Omschrijving: a het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
b verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;

- c het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Zorgverlening: een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten trombosedienst.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: medisch specialist of huisarts.

h Oncologische aandoeningen bij kinderen

Omschrijving: centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Zorgverlening: Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: niet van toepassing, stichting Skion is gecontracteerd.

i Nierdialyse

Omschrijving: aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse, alsmede de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg, verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Zorgverlening: ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of dialysecentrum.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Machtiging: ja, vooraf uitsluitend voor thuisdialyse en woningaanpassingen.

Bijzonderheden: tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- de vergoeding van kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover Pro Life die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover Pro Life die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

j Orgaantransplantatie

Omschrijving: aanspraak bestaat op transplantatie van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long en nierpancreas. Onder de aanspraak vallen tevens de kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

- de donor heeft aanspraak op zorg conform deze verzekeringsovereenkomst gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - indien en voor zover medisch noodzakelijk per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze 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 gedeelde inkomsten. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Zorgverlening: door een ziekenhuis met een WBMV-vergunning voor orgaantransplantatie.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

3 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

a Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving: diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling in verband met een lichte tot matig ernstige, niet-complexe psychische problematiek, verleend door een extramuraal werkende eerstelijnspsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Zorgverlening: extramuraal werkende eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg voor maximaal 8 zittingen per kalenderjaar.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van € 50,- per zitting conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor maximaal 8 zittingen per kalenderjaar.

Per zitting eerstelijnspsychologie is een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- verschuldigd.

Verwijzing: huisarts of bedrijfsarts of een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg kan in plaats van een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg ook een verwijzing van een huisarts of behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg gelden, als die een redelijk vermoeden heeft dat bij de jeugdige sprake is van een voldoende ernstige psychische stoornis en dat de jeugdige, zijn ouders, stiefouders of anderen die de jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, niet zijn aangewezen op jeugdzorg.

- Bijzonderheden:
- een halve, een kwart of een vijfde zitting is ook mogelijk. De eigen bijdrage wordt dan naar rato van de omvang van de zitting berekend;
 - uitgesloten van deze vorm van zorg is de zorg in verband met andere dan psychische gerelateerde problematiek, waaronder remedial teaching, huiswerkbegeleiding, hulp bij profiel- en beroepskeuze of studievaardigheden en dergelijke;
 - in plaats van de verstrekking van eerstelijnspsychologische zorg kan aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarmee in eerstelijnspsychologische zorg kan worden voorzien. Zie voor de voorwaarden het Reglement PGB experiment GGZ.

TIP**E-health**

In de eerstelijns psychologische hulpverlening, niet-klinisch en klinische geestelijke gezondheidszorg kunnen internettoepassingen onderdeel van de behandeling vormen als u dit wilt. Dit kan in de vorm van professionele begeleide zelfhulp, e-mail/chatcontact met een hulpverlener of webcam-contact.

b Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (met uitzondering van eerstelijns psychologische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling in verband met complexe psychische aandoeningen, verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: in een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal 90% van het laagste door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Voor een psychotherapeutische (waaronder ook psychoanalytische) behandeling geldt een eigen bijdrage:

- voor individuele therapie is een wettelijke bijdrage van € 15,60 per zitting verschuldigd tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar;
- voor gezinstherapie is een wettelijke bijdrage van € 15,60 per zitting verschuldigd tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar per gezin;
- voor groepstherapie is een wettelijke bijdrage van € 15,60 per zitting verschuldigd tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar;
- voor partnerrelatietherapie is een wettelijke eigen bijdrage van € 7,80 per verzekerde per zitting verschuldigd tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.

NB Deze bijdrage is niet verschuldigd, als de verzekerde al een eigen bijdrage betaalt voor verblijf in een AWBZ-instelling.

- Verwijzing:**
- huisarts of bedrijfsarts of een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg kan in plaats van een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg ook een verwijzing van een huisarts of behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg gelden, als die een redelijk vermoeden heeft dat bij de jeugdige sprake is van een voldoende ernstige psychische stoornis en dat de jeugdige, zijn ouders, stiefouders of anderen die de jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, niet zijn aangewezen op jeugdzorg.
 - Voor psychoanalytische behandeling moet de verzekerde tevens beschikken over een positieve indicatie gesteld overeenkomstig het "Indicatie- en behandelingsprotocol voor volwassenen" van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) te Amsterdam.

Bijzonderheden: In plaats van de verstrekking van deze geestelijke gezondheidszorg kan aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de zorg kan worden voorzien. Zie voor de voorwaarden het Reglement PGB experiment GGZ.

TIP**Preventie**

In de niet-klinisch en klinische geestelijke gezondheidszorg kunnen (delen van) preventieprogramma's onderdeel van de behandeling zijn. Preventie kan in allerlei vormen worden aangeboden bijvoorbeeld: boek, spel, cursus of internettoepassing.

c Klinische geestelijke gezondheidszorg (opname)

Omschrijving: onderzoek en behandeling in verband met complexe psychische aandoeningen, verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet eerstelijnspsychologische zorg. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging en paramedische zorg alsmede de bij de behandeling en onderzoek behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: in een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: huisarts of bedrijfsarts of een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg kan in plaats van een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg ook een verwijzing van een huisarts of behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg gelden, als die een redelijk vermoeden heeft dat bij de jeugdige sprake is van een voldoende ernstige psychische stoornis en dat de jeugdige, zijn ouders, stiefouders of anderen die de jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, niet zijn aangewezen op jeugdzorg.

Bijzonderheden: aanspraak op opname bestaat gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreking wegens weekend- en vakantieverlof telt wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

BELANGRIJK

Kosten worden vergoed tot maximaal de wettelijke (Wmg tarieven) of marktconforme tarieven. Kijk voor marktconforme tarieven op www.prolife.nl onder polisvoorwaarden of bel met onze Klantenservice 033 422 81 88.

4 Ketenzorg

Omschrijving: de in het contract tussen Pro Life en de zorggroep en in overeenstemming met de Wet en daaruit voortvloeiende regelingen overeengekomen zorg voor verzekerden met een specifieke aandoening, zoals diabetes.

Zorgverlening: zorggroep. Dit is een groep van zorgverleners die verantwoordelijk is voor de levering van de omschreven zorg.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

TIP

U kunt op www.prolife.nl of via onze Klantenservice 033 422 81 88 navragen met welke zorgverleners Pro Life contracten heeft gesloten voor ketenzorg.

5 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a In vitro fertilisatie

Omschrijving: voor vrouwelijke verzekerden het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's volgens de in vitro fertilisatie methode (IVF of ICSI), inhoudende de fasen:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het afnemen van eicellen;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- de implantatie van een of twee in de fase, bedoeld onder 3e bullit, ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Zorgverlening: door een IVF-centrum met een WBMV-vergunning voor IVF.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap aanspraak op zorg voor 1e, 2e en 3e IVFpoging.
 - niet-gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor de 1e, 2e en 3e IVF-poging.

Verwijzing: gynaecoloog.

- Bijzonderheden:**
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een voortgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de 1e dag na de laatste menstruatie;
 - aanspraak op een IVF-poging bestaat slechts indien:
 - voor de behandeling een medische indicatie geldt, dat wil zeggen infertiliteit en;
 - het niet een experimentele behandeling (indicatie of techniek) betreft.

Uitsluitingen: in vitro fertilisatie waarbij er sprake is van restembryo's en/of waarbij geslachtscellen van andere dan de partner worden gebruikt, zijn uitgesloten van deze polis en komen niet voor vergoeding in aanmerking.

b Verloskundige zorg

Omschrijving: zorg aan vrouw en kind voor, tijdens en na de bevalling (prenatale, natale en postnatale zorg) zoals verloskundigen die plegen te bieden.

Zorgverlening: verloskundige of verloskundig actieve huisarts.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: voor behandeling door de gynaecoloog is een verwijzing nodig door verloskundige of huisarts.

- Bijzonderheden:**
- prenatale screening (waaronder counseling, combinatietest (serumbepaling en nekplooiemeting) en structureel echoscopisch onderzoek) worden vergoed voorzover opgenomen in de aanspraken van de Zorgverzekeringswet;
 - * structureel echoscopisch onderzoek en combinatietest mogen worden uitgevoerd door een zorgverlener die bevoegd is prenatale screening in de 1e lijn te verrichten en die is opgenomen in het Register van het regionale centrum prenatale screening;
 - bij screening op het syndroom van Down wordt de combinatietest (serumbepaling en nekplooiemeting) vergoed als de zwangere 36 jaar of ouder is of jonger dan 36 jaar en sprake is van een medische indicatie.

Uitsluitingen: preconceptiezorg (kinderwensconsult), pretecho's, video's, cd-roms en andere echo's zonder medische indicatie.

TIP

Kijk voor een vergoeding van preconceptiezorg (kinderwensconsult) in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen.

c (Niet-)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling om medische redenen in een ziekenhuis inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch.

Zorgverlening: ziekenhuis, de zorg wordt verder verleend door verloskundige, gynaecoloog of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: huisarts of verloskundige.

Bijzonderheden:

- verzekerde heeft ook recht op verblijf bij de opgenomen moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan 3 maanden wegens borstvoeding, zolang Pro Life voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd;
- indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 5e.

d (Niet-)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling op verzoek van de verzekerde in het ziekenhuis zonder medische noodzaak inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel niet-klinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch.

Zorgverlening: ziekenhuis, zorg wordt verder verleend door verloskundige of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op verloskundige zorg door verloskundige of verloskundig actieve huisarts in ziekenhuis. Voor zowel de moeder als het kind dient een eigen bijdrage van € 14,50 per dag te worden betaald die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 104,50 per dag te boven gaat.
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. van verloskundige zorg door verloskundige of verloskundig actieve huisarts in ziekenhuis. Voor zowel de moeder als het kind dient een eigenbijdrage van € 14,50 per dag te worden betaald die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 104,50 per dag te boven gaat.

Bijzonderheden: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 5e.

BELANGRIJK

**Pro Life Topkraamzorg
(telefoon 033 422 81 88).**

Om voor kraamzorg in aanmerking te komen dient u uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevalling contact op te nemen met het centrale meldpunt van Pro Life Topkraamzorg. Pro Life helpt u graag om uw keuze te maken uit de kraamcentra in uw regio. Ook uw verloskundige kan u daarbij helpen. Pro Life heeft met gecontracteerde kraamcentra uitgebreide afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg, zoals tijdige assistentie van kraamverzorgende bij de thuisbevalling en deskundige begeleiding bij borstvoeding.

e Kraamzorg

Omschrijving zorg zoals gediplomeerd kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling op basis van het landelijk Indicatieprotocol kraamzorg.

Zorgverlening: volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een bij wet erkende instelling.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op kraamzorg (de inschrijving, intake, bevallingsassistentie via Pro Life Topkraamzorg): conform landelijk indicatieprotocol. Per kraamzorguur is een wettelijke eigen bijdrage van € 3,70 verschuldigd.

- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal 90% van een rekening van een gecontracteerd kraamverzorgende tot een maximum van € 1.480,- per kraamperiode inclusief eigen bijdrage conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. Per kraamzorguur is een wettelijke eigen bijdrage van € 3,70 verschuldigd.

- Bijzonderheden:*
- het aantal uren kraamzorg dat u ontvangt wordt, in overleg met u, vastgesteld door de kraamverzorgende op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg;
 - kraamzorg dient 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij Pro Life Topkraamzorg te worden aangemeld.
 - bij opname in het ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling vestreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opname dag gerekend;
 - in geval van zorg door een niet door Pro Life gecontracteerde kraamverzorgende wordt voor iedere opnamedag in het ziekenhuis een bedrag van € 185,- per dag in mindering gebracht.

6 Farmaceutische zorg

- Omschrijving:* farmaceutische zorg omvat terhandstelling van
- a de bij ministeriele regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1e artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet;
 - 2e artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of 3e artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
 - c polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

De door Pro Life aangewezen geregistreerde geneesmiddelen zijn opgenomen in het Agis Reglement farmacie. U kunt het Reglement farmacie raadplegen via www.prolife.nl of opvragen bij onze Klantenservice, telefoon **033 422 81 88**.

- Zorgverlening:* (internet)apotheek, apotheekketens, ziekenhuisapotheek, poliklinische apotheken of apotheekhoudend huisarts.

- Prestatie:*
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg op basis van landelijke regelingen zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, met inachtneming van de eigen bijdrage en behoudens de voorwaarden opgenomen in het Agis Reglement Farmacie.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van 90 % van de kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden met inachtneming van landelijke regelingen zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem en het bepaalde in het Agis Reglement Farmacie.

Voorschrift: arts, tandarts, (tandarts)specialist, verpleegkundige of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig het Agis Reglement Farmacie, voorafgaand aan de levering.

- Uitsluitingen:* de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking;
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn). Voor meer informatie zie www.medicijnkosten.nl;

- antroposofische en homeopathische middelen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen.

7 Hulpmiddelen

Omschrijving: hulpmiddelen, tevens indien nodig correctie, vervanging en/of herstel van hulpmiddelen, en verbandmiddelen opgenomen in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen. In afwijking van artikel 7 van de Algemene voorwaarden verstrekt Pro Life een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven welke hulpmiddelen Pro Life in bruikleen verstrekt.

Zorgverlening: overeenkomstig met de voorwaarden zoals vermeld in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen. Voor hulpmiddelen die Pro Life in bruikleen verstrekt dient de verzekerde zich te wenden tot een door Pro Life gecontracteerde zorgverlener.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg na aftrek van een eventuele wettelijke eigen bijdrage. Zie Agis Reglement Hulpmiddelen.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden dan wel het Agis Reglement Hulpmiddelen. Voor de hulpmiddelen die Pro Life in bruikleen verstrekt geldt aanspraak op zorg bij een door Pro Life gecontracteerde zorgverlener. Indien de verzekerde een hulpmiddel dat Pro Life heeft aangewezen als bruikleenhulpmiddel desondanks in eigendom wenst aan te schaffen of te huren van een niet-gecontracteerde zorgverlener kan een vergoeding van kosten worden verleend volgens het Agis Reglement Hulpmiddelen. Voor een aantal hulpmiddelen is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd. Zie Agis Reglement Hulpmiddelen.

Voorschrift: zoals bepaald in het Agis Reglement Hulpmiddelen.

Machtiging: zoals bepaald in de voorwaarden in het Agis Reglement Hulpmiddelen.

- Bijzonderheden:**
- met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.
 - het Agis Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen op onze internetsite www.prolife.nl en wordt u desgevraagd toegezonden;
 - de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

TIP

Indien u niet weet of de leverancier een overeenkomst heeft kunt u dit met hem bespreken of contact opnemen met Pro Life Klantenservice, telefoon **033 422 81 88** of kijken op onze website **www.prolife.nl** onder de link **Zorggids**. Het heeft voor u als Pro Life verzekerde grote voordelen om uw hulpmiddel bij een door Pro Life gecontracteerde leverancier te verkrijgen. Zo heeft Pro Life vergaande afspraken gemaakt met de leveranciers over de kwaliteit van het hulpmiddel, de garantieperiode en eventuele benodigde services.

8 Revalidatie

Omschrijving: onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.

Zorgverlening: een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verbonden aan een, conform de bij wet gestelde regels, toegelaten instelling voor revalidatie.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: medisch specialist of huisarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Pro Life anders is overeengekomen.

- Bijzonderheden:
- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen/bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
 - de verzekerde dient met die zorg in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
 - revalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie - gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname- of in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

9 Ziekenvervoer

a Helikoptervervoer en ambulancevervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van zieken en ongevalsslachtoffers en hun begeleiders in Nederland met ambulanceauto of helikopter. De aanspraak bestaat uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi, rolstoelbus of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer. Indien Pro Life de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet. De aanspraak omvat:

- vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- vervoer van eerdergenoemde zorgverleners naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

Zorgverlening: een ambulancevervoerder met een vergunning voor ambulancevervoer of Stichting Nationaal Helikoptervervoer.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: 1 helikoptervervoer via meldkamer ambulancevervoer of op verwijzing van het centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.
2 ambulancevervoer via melding centrale post ambulancevervoer.

Uitsluitingen:

- ambulancevervoer in verband met repatriëring uit het buitenland valt niet onder deze verstrekking.
- tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

b Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 9a (helikoptervervoer en ambulancevervoer), per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per eigen auto of per door Pro Life tot dat doel gecontracteerde taxi- of rolstoelbusvervoerder, over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer, indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

Pro Life kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien Pro Life de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet.

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts. Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Pro Life vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Pro Life vooraf worden gevraagd vervoer van 2 begeleiders toe te staan.

- Prestatie:* voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, (eigen) auto, taxi of rolstoelbus) geldt een eigen bijdrage van € 86,- per verzekerde per kalenderjaar.
- gecontracteerde zorg: aanspraak op taxi/rolstoelbusvervoer.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden:
 - openbaar vervoer: vergoeding van de gemaakte kosten;
 - eigen vervoer: vergoeding van de kosten à € 0,25 per km;
 - taxi/ rolstoelbusvervoer: vergoeding van de kosten à € 1,19 per km.

Machtiging: ja, vooraf aanvragen met het formulier medische verklaring Regeling ziekenvervoer.

- Bijzonderheden:*
- a kosten van openbaar vervoer en (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortst gebruikelijke route. Voor vervoer per (eigen) auto wordt de kilometerafstand vastgesteld aan de hand van de postcodes van het vertrekadres naar de bestemming met behulp van een landelijk gebruikte routeplanner.
 - b een bijdrage is niet verschuldigd:
 - voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
 - voor vervoer van een instelling als bedoeld in de vorige bullit naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
 - voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

TIP

Voor het declareren van openbaar vervoer en vervoer per (eigen) auto heeft Agis een declaratieformulier Zittend ziekenvervoer beschikbaar. U kunt dit formulier downloaden vanaf Internet op www.prolife.nl of opvragen via onze Klantenservice 033 422 81 88.

10 Mondzorg

a Bijzondere tandheelkundige zorg

Omschrijving: tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- 1 indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- 2 indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
- 3 indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening op tandheelkundige implantaten geldt een wettelijke eigen bijdrage in de kosten van € 90,-.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening op tandheelkundige implantaten geldt een wettelijke eigen bijdrage in de kosten van € 90,-.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Pro Life anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

- Bijzonderheden:
- het is de mondhygiënist toegestaan bijzondere tandheelkundige zorg uit te voeren bij verzekerden omschreven in sub 2. Behandeling kan alleen plaatsvinden in opdracht van een tandarts.
 - onder zorg in het 1e lid van de Omschrijving is tevens begrepen: het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;
 - orthodontische zorg is slechts onder de zorg begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Deze zorg kan uitsluitend verleend worden door een orthodontist of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
 - de aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Pro Life voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen;
 - de verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het 1e lid van de Omschrijving, onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het 2e lid van de Omschrijving tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

b Mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 10:

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;

- 2 incidenteel tandheelkundig consult;
- 3 het verwijderen van tandsteen;
- 4 fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal 2 keer per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- 5 sealing;
- 6 parodontale zorg;
- 7 anesthesie;
- 8 endodontische zorg;
- 9 restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- 10 gnathologische zorg;
- 11 uitneembare prothetische voorzieningen;
- 12 tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- 13 chirurgische tandheelkundige zorg;
- 14 röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Zorgverlening: tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg, kaakchirurg of mondhygiënist.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: ja, indien de zorgverlening plaatsvindt door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van de tandarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandelingen omschreven in sub 11 en 12, tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Pro Life anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet worden voorzien van een behandelplan en begroting.

- Bijzonderheden:
- de mondhygiënist is bevoegd tot het uitvoeren van de behandelingen omschreven in sub 1 t/m 7, 9 en 14. Indien de behandeling omschreven in sub 7, 9 en 14 wordt uitgevoerd door een mondhygiënist, dan kan dit alleen plaatsvinden in opdracht van een tandarts;
 - de aanspraak wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Pro Life voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen;
 - de verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

TIP

Veel zorg aan het gebit bij jongeren tot 22 jaar, met uitzondering van orthodontie, wordt gedekt door deze verzekering. Pro Life adviseert u om het gebit van uw kinderen regelmatig te laten controleren.

c Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (kunstgebit)

Omschrijving: voor verzekerden van 22 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 9.

Zorgverlening: tandprotheticus, tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg of centrum voor bijzondere tandheelkunde.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op de voorziening met uitzondering van een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden, met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Pro Life anders is overeengekomen.

- Bijzonderheden:
- de tandarts moet bij de aanvraag tevens de UPT-codes en de hoogte van de techniekkosten aangeven;
 - de tandprotheticus moet de tarieven (inclusief techniekkosten) vermelden;
 - de aanspraak op prothetische zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Pro Life voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen.

TIP

Voor een volledige prothese kunt u niet alleen bij de tandarts terecht maar ook bij de tandprotheticus. De tandprotheticus heeft veel ervaring in het maken van gebitsprotheses. Het is goed om te weten dat Pro Life voor haar verzekerden goede afspraken heeft gemaakt met tandprotheticici over de kwaliteit, prijs, nazorg en garantie. Pro Life helpt u daarom graag bij het vinden van een tandprotheticus bij u in de buurt. U kunt daarvoor bellen met Pro Life Klantenservice op **033 422 81 88** of kijken op **www.prolife.nl** onder de link Zorggids.

d Kaakchirurgische zorg (met uitzondering van parodontale zorg en implantologie)

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 10: chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

Zorgverlening: kaakchirurg.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: tandarts of huisarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Pro Life anders is overeengekomen.

Bijzonderheden: de aanspraak op kaakchirurgische zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Pro Life voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen.

TIP

Veel zorg aan het gebit bij jongeren tot 22 jaar, met uitzondering van orthodontie, wordt gedekt door deze verzekering. Pro Life adviseert u om het gebit van uw kinderen regelmatig te laten controleren.

11 Paramedische zorg

Paramedische zorg De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvies. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodentherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut).

Zorgverlening: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: aanspraak op zorg voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen;
chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen.
 - niet-gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: vergoeding van kosten tot maximaal 80% van het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen;
chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van kosten tot maximaal 80% van het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen.
- Verwijzing:** schriftelijk door behandelend arts of specialist. Fysiotherapeuten die met Pro Life afspraken hebben gemaakt kunnen zonder verwijzing worden benaderd.
- Bijzonderheden:**
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u raadplegen op www.prolife.nl;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.
- Uitsluitingen:** telefonische zitting; toeslag buiten reguliere werktijden; instructie/overleg ouders van de patient; niet-nagekomen afspraak; verstrekte verband- en hulpmiddelen; eenvoudige, korte rapporten; meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Omschrijving:** medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodetherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut).
- Zorgverlening:** fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, of oedeemtherapeut.
- Prestatie:**
- gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling, vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Pro Life.
 - niet-gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van kosten tot maximaal 80% van het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling.
- Verwijzing:** schriftelijk door behandelend arts of specialist. Fysiotherapeuten die met Pro Life afspraken hebben gemaakt kunnen zonder verwijzing worden benaderd.
- Bijzonderheden:**
- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u raadplegen op www.prolife.nl;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.
- Uitsluitingen:** telefonische zitting; toeslag buiten reguliere werktijden; instructie/overleg ouders van de patiënt; niet-nagekomen afspraak; verstrekte verband- en hulpmiddelen; eenvoudige, korte rapporten; meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

TIP

Voordelen van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut: kwalitatief goede zorg, uw behandeling wordt voor 100% vergoed en de administratie wordt afgehandeld tussen Pro Life en de fysiotherapeut. Informatie over gecontracteerde fysiotherapeuten kunt u verkrijgen via de telefoon 033 422 81 88 of kunt u bekijken op www.prolife.nl onder Zorggids.

c Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Oefentherapeuten die met Pro Life afspraken hebben gemaakt kunnen zonder verwijzing worden benaderd.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: aanspraak op zorg voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen;
chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen.
 - niet-gecontracteerde zorg: niet-chronische aandoening: vergoeding van kosten tot maximaal 80% van het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen.
chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van kosten tot maximaal 80% van het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

- Bijzonderheden:
- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u raadplegen op www.prolife.nl;
 - onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

d Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronische aandoening)

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Oefentherapeuten die met Pro Life afspraken hebben gemaakt kunnen, vanaf het moment dat dit wettelijk geregeld is, zonder verwijzing worden benaderd.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: aanspraak op zorg voor alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling.
 - niet-gecontracteerde zorg: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van kosten tot maximaal 80% van het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art.7 van de Algemene voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

- Bijzonderheden:
- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u raadplegen op www.prolife.nl;
 - onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

e Logopedie

Omschrijving: onderzoek en behandeling van stoornissen van het gehoor, stem en spraak of taal ter verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen, zowel individuele als groepsbehandeling, en strekt tot een geneeskundig doel.

Zorgverlening: logopedist.

- Prestatie:
- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.
 - niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

Uitsluiting: behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

f Ergotherapie

Omschrijving: advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Zorgverlening: ergotherapeut.

Prestatie: gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.
niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten tot maximaal het door Pro Life gecontracteerde tarief conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

g Dieetadvisering

Omschrijving: voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.

Zorgverlening: diëtist.

Prestatie: • gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg voor maximaal 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.
• niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor maximaal 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

12 Buitenlanddekking

- 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Eén en ander onverminderd het bepaalde in lid 6.
- 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
 - a aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd;
 - c aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
- 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
- 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EERland of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- 5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.

- 6 Bij het invoeren van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande toestemming van Pro Life nodig, tenzij er sprake is van spoedeisende medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland
- 7 Op afhandeling van declaraties uit het buitenland is artikel 9 van de Algemene voorwaarden onverminderd van toepassing.

TIP

Neem altijd als u naar het buitenland gaat uw klantenpas met het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: +31 (0)20 342 12 12.

EU-/EER (of daarmee gelijkgestelde) landen

België
 Bulgarije
 Cyprus (Griekse deel)
 Denemarken
 Duitsland
 Engeland (Groot-Brittannië)*
 Estland
 Finland
 Frankrijk**
 Griekenland
 Hongarije
 Ierland
 Italië
 Letland
 Litouwen
 Luxemburg

Malta
 Oostenrijk
 Polen
 Portugal
 Roemenië
 Slovenië
 Slowakije
 Spanje***
 Tsjechië
 Zweden
 Liechtenstein
 Noorwegen
 IJsland
 Zwitserland

Verdragslanden

Australië****
 Bosnië-Herzegovina
 Kaapverdië
 Kroatië
 Macedonië
 Marokko
 Servië-Montenegro
 Tunesië
 Turkije

* inclusief Gibraltar

** inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Reunion, St. Pierre en Miquelon

*** inclusief Ceuta en Melilla

**** alleen tijdelijk verblijf

Niet onder de EU-/EER- of verdragslanden vallen: Aruba, Andorra, Kanaaleilanden (Guernsey, Jersey en Olderley), eiland Man, Monaco, Nederlandse Antillen, San Marino en Vaticaanstad.

Bijlage bij artikel 13 Vrijwillig gekozen eigen risico

Premiegrondslag

€ 90,75 per maand.

Uw werkelijke premie kan lager uitvallen in verband met een eventuele collectiviteitskorting.

Op uw polisblad staat uw werkelijke premie vermeld.

Kortingen bij vrijwillig gekozen eigen risico

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen vrijwillig gekozen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (zoals bedoeld in artikel 13 lid 2 van de Algemene Voorwaarden).

Vrijwillig gekozen eigen risico *	Korting op premiegrondslag (per maand)
Geen vrijwillig gekozen eigen risico	geen korting
€ 100,-	€ 3,-
€ 200,-	€ 6,-
€ 300,-	€ 9,-
€ 400,-	€ 12,-
€ 500,-	€ 15,-

*(dus boven het verplicht eigen risico van € 150,-)

Collectiviteitskorting

De collectiviteitskorting wordt berekend over de grondslag van de premie.

Reglement PGB experiment GGZ 2008

Voorwoord

Doel van dit reglement is om nader invulling te geven aan de mogelijkheid die de wetgever als experiment heeft geopend om voor bepaalde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen.¹⁾ Zo weet u precies waar u als verzekerde van Agis recht op hebt, en welke voorwaarden voor het PGB gelden.

Als u na het lezen van dit reglement nog vragen heeft, neem dan gerust contact met ons op.

Artikel 1 – Algemeen

- 1.1 Agis kan, op aanvraag, een persoonsgebonden budget verstrekken voor geneeskundige zorg als omschreven in 3a en 3b van de lijst van aanspraken.
- 1.2 De verzekerde heeft recht op een persoonsgebonden budget als Agis hem schriftelijk een persoonsgebonden budget heeft toegekend.
- 1.3 Het recht op uitkering van een persoonsgebonden budget is mede onderworpen aan de voorwaarden en beperkingen, vervat in de toekenningsbeslissing van Agis.

Artikel 2 – Aanvraag persoonsgebonden budget

- 2.1 Een persoonsgebonden budget wordt toegekend als, overeenkomstig het bepaalde in dit artikel, aannemelijk is gemaakt dat de verzekerde behoefte heeft aan de desbetreffende vorm van zorg.
- 2.2 De verzekerde moet een verwijzing overleggen van:
 - a een huisarts;
 - b een bedrijfsarts.
- 2.3 Indien het een jeugdige betreft als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg, kan ook een indicatiebesluit worden overgelegd van een stichting als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg respectievelijk een verwijzing van een arts of andere behandelaar.
- 2.4 Voorts moet een behandelplan van de hand van de beoogde zorgaanbieder worden overgelegd, dat de volgende gegevens bevat:
 - a naam, adres en geboortedatum van de verzekerde;
 - b de indicatie voor zorg;
 - c de aard, inhoud en duur van de beoogde zorg;
 - d naam, adres en kwalificatie van de beoogde zorgaanbieder;
 - e als het gaat om een prestatie waarvoor een dbc is vastgesteld: de toepasselijke dbc.
- 2.5 Bij de aanvraag om een persoonsgebonden budget moet worden vermeld of:
 - a aan de verzekerde al anders dan op grond van een persoonsgebonden budget ten laste van de zorgverzekering zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
 - b hem voor de behandeling van dezelfde aandoening al een pgb is toegekend.
- 2.6 De verzekerde is verplicht desgevraagd aan Agis nadere informatie te verstrekken of zijn behandelaar te machtigen nadere informatie te verstrekken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

Artikel 3 – Toekenning persoonsgebonden budget

- 3.1 Agis kan enkel een persoonsgebonden budget toekennen voor zorg, te verlenen door een zorgaanbieder die beschikt over een van de volgende hoedanigheden:
een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK), of een extramuraal werkende psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.
- 3.2 Onverminderd het hiervoor bepaalde kent Agis geen persoonsgebonden budget toe:
 - a aan de verzekerde aan wie al anders dan op grond van een persoonsgebonden budget ten laste van de zorgverzekering zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
 - b voor zorg waarvoor al een pgb is toegekend;
 - c voor zorg, te verlenen door een zorgaanbieder met wie Agis daartoe een overeenkomst heeft gesloten;
 - d voor een behandeling waarmee een aanvang is gemaakt voordat Agis een beslissing op de aanvraag om een persoonsgebonden budget heeft genomen.

Artikel 4 – Hoogte van het persoonsgebonden budget

- 4.1 Het persoonsgebonden budget beloopt een percentage van de kosten van de zorg waarvoor het is toegekend.
- 4.2 Als kosten van zorg worden in aanmerking genomen de werkelijke kosten, echter ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.
- 4.3 Het uit te keren percentage van de kosten bedraagt:
 - a indien de verzekerde krachtens zijn zorgverzekering de zorg waarvoor het persoonsgebonden budget wordt verstrekt in principe dient te betrekken van een door Agis gecontracteerde of in dienst genomen zorgaanbieder: 90% van de overeenkomstig 4.2 vastgestelde kosten, verminderd met een eventueel geldende eigen bijdrage voor de zorg;
 - b in andere gevallen: 100% van de overeenkomstig 4.2 vastgestelde kosten, verminderd met een eventueel geldende eigen bijdrage voor de zorg.

Artikel 5 – Uitkering van het persoonsgebonden budget

- 5.1 De verzekerde heeft recht op uitkering van het persoonsgebonden budget onder de voorwaarde dat:
 - a aan de verzekerde de zorg is verleend waarvoor het persoonsgebonden budget is toegekend;
 - b de zorgaanbieder de kosten van deze zorg aan de verzekerde in rekening heeft gebracht;
 - c Agis de declaratie van de zorgaanbieder voor de kosten van verleende zorg heeft ontvangen. De declaratie omvat naast het bedrag minimaal een omschrijving van de verleende behandeling en de relevante gegevens van de zorgaanbieder, zoals naam, adres en rekeningnummer.
- 5.2 Het persoonsgebonden budget wordt uitgekeerd in even veel termijnen als waarin de kosten van zorg aan de verzekerde in rekening worden gebracht.
- 5.3 Uitkering van het persoonsgebonden budget vindt plaats door betaling van de kosten van verleende zorg, tot het onder 4 omschreven maximum, door Agis aan de zorgaanbieder.
- 5.4 Agis doet van deze betaling mededeling aan de verzekerde.
- 5.5 Agis behoudt zich het recht voor om uitgekeerde bedragen terug te vorderen als blijkt dat deze ten onrechte zijn uitbetaald.

¹⁾ wijzigingen als gevolg van wetswijzigingen voorbehouden.

Hebt u vragen?

U kunt Pro Life op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.

Bel **033 422 81 88**

Schriftelijk

Pro Life Zorgverzekeringen

Postbus 709

3800 AS Amersfoort

Via internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden op onze site: **www.prolife.nl**.

Eventuele vragen kunt u sturen naar **klantenservice@prolifeweb.nl**.



Belangrijke telefoonnummers

Pro Life Klantenservice	033 422 81 88
Pro Life Wachtlijstbemiddeling	033 422 81 89
Pro Life Topkraamzorg	033 422 81 88
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Reisdokter	020 342 12 10