

Polisvoorwaarden 2005

Pro Life Zorgpolis

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de polisvoorwaarden aan van uw Pro Life Zorgpolis. In de voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

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.

Dekking

De Pro Life Zorgpolis biedt u een uitgebreide dekking tegen ziektekosten, zoals preventieve zorg, zorg in uw omgeving (huisarts, geneesmiddelen), (huid)therapieën, hulpmiddelen, specialistische hulp en (bijzondere) ziekenhuiszorg, verblijf buitenshuis (herstellingsoord) en hulp in het buitenland. Daarnaast kunt u als facultatieve dekking tandheeskunde meeverzekeren.

In de Pro Life Zorgpolis is een aantal dekkingen naar keuze uit te sluiten. Door uit te sluiten krijgt u korting op uw premie. Door u gemaakte kosten die onder een door u uitgesloten dekking vallen worden dan niet vergoed.

In de omschrijving van de dekkingen is gekozen voor een leesbare stijl en een overzichtelijke aanpak. Per dekkingsonderdeel wordt zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Vergoeding, Voorschrift, Machtiging en Bijzonderheden.

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie bedoeld is om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er, afgezien van eventuele 'gekozen' uitsluitingen, situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw recht op vergoeding.

Overige bepalingen

De overige bepalingen hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en een eventueel eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Bij 'verplichtingen van de verzekeringnemer' kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvan bij de verzekeraar wilt indienen.

Pro Life Zorgverzekeringen
december 2004

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	5
2	Dekking	8
2.1	Omvang van de dekking	8
2.2	Uitsluitingen	8
2.3	Terrorismedekking	9
3	Algemeen	9
3.1	Grondslag van de verzekering	9
3.2	Begin en einde van de vergoeding	10
3.3	Registratie van persoonsgegevens	10
3.4	Pro Life Zorgservice	10
3.5	Letselschadeservice	11
3.6	Ingangsdatum polisvoorwaarden	11
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	11
4.1	Verhaal	11
4.2	Afhandeling schade	11
5	Premie	12
5.1	Premiebetaling	12
5.2	Schorsing van rechten	13
5.3	Eigen risico	13
5.4	Kennisgeving	14
6	Wijziging van premie of voorwaarden	15
7	Begin, duur en einde van de verzekering	15
7.1	Begin en duur van de verzekering	15
7.2	Einde van de verzekering	15
7.3	De beëindiging van de dekking	16
8	Fraude	17
9	Geschillenregeling en toepasselijk recht	17
10	Lijst van verstrekkingen	17
10.1	Preventie	17
a.	Gezondheids cursussen	17
b.	Preventief onderzoek	18
c.	Vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen	18
d.	Anticonceptiva	18
10.2	Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)	18
10.3	Medisch-specialistische hulp en onderzoek	19
a.	Medisch-specialistische hulp, poliklinisch	19
b.	Audiologische hulp	19
c.	Chronisch intermitterende beademing	19
d.	Erfelijkheidsonderzoek	19
e.	Leukemie bij kinderen	20
f.	Second opinion	20
g.	Trombosedienst	20
10.4	Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	20
a.	Opname	20
b.	Dagverpleging	20
c.	Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis	20
d.	Nierdialyse	20
e.	Ouderverblijf bij opname kind	21
f.	Organtransplantatie	21
g.	Pensionkosten na transplantatie	21
h.	Zorghotel	21
i.	Flaporen	21

10.5	Zorg in verband met de geboorte van een kind	22
	a. Hormoonpreparaten bij fertilisatiebehandelingen	22
	b. In Vitro fertilisatie voor vrouwelijke verzekerden	22
	c. Bevalling en kraambed in ziekenhuis (medisch noodzakelijk)	22
	d. Poliklinische bevalling en kraambed (niet medisch noodzakelijk)	22
	e. Bevalling en kraambed thuis	23
	f. Volledig kraampakket	23
	g. Extra huishoudelijke hulp	23
	h. Extra kraamzorg	24
	i. Zwangerschapscursus	24
	j. Heupondersteuningsband bij zwangerschap	24
	k. Hulp bij borstvoedingsproblemen	24
10.6	Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)	24
10.7	Hulpmiddelen	25
	a. Hulpmiddelen	25
	b. Brillen en/of contactlenzen	26
	c. Plaswekker	26
	d. Steunzolen	26
10.8	Revalidatie	26
10.9	Ziekenvervoer	27
	a. Helikopter vervoer zieke pasgeborenen en ambulance vervoer	27
	b. Overig ziekenvervoer	27
10.10	Tandheelkundige hulp	27
	a. Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	27
	b. Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder	28
	c. Bijzondere tandheelkundige hulp	28
10.11	Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)	29
	a. Fysiotherapie	29
	b. Oefentherapie Cesar/Oefentherapie Mensendieck	30
	c. Logopedie	30
	d. Ergotherapie	30
10.12	Alternatieve geneeswijzen (dekking naar keuze uit te sluiten)	31
10.13	Psychische hulpverlening	31
	a. Eerstelijnspsychologie	31
	b. Orthopedagogie	31
	c. (Kortdurende) oncologische psychosociale hulp	32
10.14	Gezins- en ziekenverzorging	32
	a. Vervangende thuisverzorging	32
	b. Terminale zorg door vrijwilligers thuis	32
	c. Palliatieve zorgverlening	32
10.15	Therapieën	32
	a. Huidtherapie	32
	b. Overige therapieën	33
10.16	Extra vergoedingen	33
	a. Herstellingsoord	33
	b. Kuurbehandeling	33
	c. Therapeutisch kamp	33
	d. Lidmaatschap NPV	34
	e. Sport Medisch Advies	34
	f. Overgangsconsulenten	34
	g. Whiplash	34
	h. NPV levenswensverklaring	34
	i. Cursus Natuurlijke Familie Planning	34
	j. Diëtistische voedingsadviezen	34
10.17	Buitenlanddekking	35
	a. Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)	35
	b. EU-dekking (niet spoedeisend)	35
11	Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)	36
12	Facultatieve Klasseverzekering (alleen indien meeverzekerd)	36
13	AWBZ	36
14	Beroepsverenigingen	37

1 Begripsomschrijvingen

Apotheker:

Een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van de Volksgezondheid.

Arts:

Een in Nederland gevestigde 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.

AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts:

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Centrum voor tandheekkundige hulp in bijzondere gevallen:

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Dagverpleging:

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

Dbc-tarief:

De kosten van het ziekenhuis, privé-kliniek of vrijgevestigd medisch specialist inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer begrepen het honorarium van de medisch specialist.

Diëtist:

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

Ergotherapeut:

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

Fraude:

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

Fysiotherapeut:

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 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.

Gezin:

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden.

Huisarts:

Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is geregistreerd als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelen:

De middelen die in de regeling hulpmiddelen c.q. het Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

Kaakchirurg:

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

Kinderen:

- a de tot het gezin behorende inwonende, ongehuwde, eigen en/of adoptiekinderen tot 18 jaar en/of;
- b de tot het gezin behorende studerende, inwonende, ongehuwde c.q. eigen adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering of aanspraak bestaat op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in het levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

Kraamcentrum:

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar erkend kraamcentrum.

Kraaminrichting:

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Kraamzorg:

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger.

Letselschadeservice:

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

Logopedist:

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

Medisch adviseur:

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak:

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroeps- genoten gebruikelijk is.

Mondhygiënist:

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

Oefentherapeut:

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut 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 persoon, van buiten af en buiten diens wil, waardoor aantoonbaar letsel is veroorzaakt.

Orthodontist:

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

Polisblad:

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering.

Privé-kliniek (zelfstandig behandelcentrum):

Een binnen Nederland gevestigde instelling waar onderzoek en medisch specialistische behandelingen plaatsvinden, voor zover deze niet gefinancierd is met AWBZ- of andere overheids gelden. Onder een privé-kliniek wordt ook verstaan een kliniek die geheel of gedeeltelijk de functies van erkende inrichtingen overneemt, mits de privé-kliniek verbonden is aan of een duidelijk samenwerkingsverband heeft met een erkend ziekenhuis.

Specialist:

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Tandarts:

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de 6 in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaan dan wel anderszins economische belangen worden aan-getast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Verloskundige:

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

Verzekeraar:

Pro Life Zorgverzekeringen is onderdeel van Agis Zorgverzekeringen.
De verzekeraar is derhalve Agis Ziektekostenverzekeringen NV.

Verzekeringnemer:

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Verzekerde:

Ieder die als zodanig op het polisblad is genoemd.

Wet BIG:

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Ziekenhuis:

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

Zorgaanspraken:

Verstrekingen of vergoedingen aangaande zorgverlening waar de verzekerde krachtens deze verzekering of aanvullende tandartsverzekering recht op heeft.

Zorgverlener:

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

2 Dekking

2.1 Omvang van de dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de in de lijst van verstrekkingen genoemde kosten gemaakt door verzekerden. De lijst van verstrekkingen beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging). De kosten worden vergoed op basis van het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen verzekeraar en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen dan wel in door de verzekeraar vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor ziekenhuizen, hulpmiddelen, fysiotherapie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen.
- 2 De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
- 3 Vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het overeengekomen eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden is bepaald.
- 4 De behandeling moet in Nederland worden gegeven, tenzij in de lijst van verstrekkingen uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorgaanspraken in het buitenland worden vergoed.
- 5 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van deze verzekering als onder de dekking van een aanvullende tandartsverzekering dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van deze verzekering.

TIP

**In een aantal gevallen bestaat er geen recht op vergoeding.
U leest dit hieronder in artikel 2.2 UITSLUITINGEN.**

2.2 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 1 Die verband houden met een ziekte of afwijking, die al bestond voor het aangaan van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (waaronder tevens wordt begrepen verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico) en waarvan de verzekerde op de hoogte was of al klachten ondervond, terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanmeldingsformulier of een eventuele medische verklaring.
- 2 Van ziekte of ongevallen die het gevolg zijn van opzet of grove schuld van de verzekerde.
- 3 Als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten gemaakt zou kunnen worden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- 4 Van niet-reguliere geneeswijzen, waaronder celtherapie, chelatietherapie, bepaalde sera (ter beoordeling aan de verzekeraar), keuringen en het afgeven van attesten.

- 5 Van vormverbeterende operaties van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, alsmede de hiermee verband houdende kosten van opgetreden complicaties. Het voorgaande is niet van toepassing als er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval of een ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
- 6 Van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort.
- 7 Van onderzoek of behandeling door een hoogleraar/specialist, tenzij verwijzing door een specialist heeft plaatsgevonden. Zonder deze verwijzing wordt vergoed op basis van de kosten van een specialist/niet-hoogleraar.
- 8 Van hulp en begeleiding door personen en instellingen die zich bewegen op maatschappelijk terrein en die als zodanig hun bevoegdheden niet ontleen aan een erkenning door of namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 9 Als de verzekerde zich niet houdt aan de polisvoorwaarden, tenzij overmacht wordt aangetoond.
- 10 Als de verzekerde zich aan een noodzakelijke geneeskundige behandeling onttrekt.
- 11 Van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd.
- 12 a van schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoom-kernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
b de onder a genoemde uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
c voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het bepaalde onder b geen toepassing.
- 13 Van de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en de kosten van bevolkingsonderzoek, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen.

2.3 Terrorismedekking

In aanvulling op de polisvoorwaarden 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 gedeponneerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocol afwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponneerd 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 vertrekt de maatschappij kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via www.terrorisneverzekerd.nl.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

- 1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier, de afzonderlijk daarbij verstrekte schriftelijke gegevens en de eventuele bij een keuring door de verzekerde verstrekte gegevens vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verzwijging: de verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen op het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.
- 3 Kinderen: voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:

- a zij binnen twee maanden na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
b alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.
- 4 Acceptatie: tenzij anders is overeengekomen, is de beslissing tot het accepteren van de verzekering, respectievelijk uitbreiding of verhoging daarvan, gebaseerd op de door de deelnemer aan de verzekeraar verstrekte inlichtingen.
 - 5 Voor alle verzekerden op een polis dient hetzelfde verzekeringspakket te worden gekozen, met dien verstande dat de facultatieve tandartsverzekering per verzekerde kan worden aangevraagd. De keuze van de verzekerde verpleegklasse is per verzekerde vrij, met dien verstande dat voor kinderen uitsluitend een derde klasse verzekering mogelijk is.

3.2 Begin en einde van de vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de op het polisblad genoemde dekkingsonderdelen en tot de in deze polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

3.3 Registratie van persoonsgegevens

De verzekeraar legt wanneer verzekeringnemer contact met verzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwickelen van de (ziektekosten)verzekering, 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 verzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies/informatie.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor de verkregen en verwerkte persoonsgegevens aan derden waaronder begrepen zorgverleners, herverzekeringsmaatschappijen, medische adviseurs, het Regionaal Indicatie Orgaan en toezichthouders te verstrekken voor zover dat voor de uitvoering van de (ziektekosten)verzekering of voor zover dat voor de uitvoering van overige hiervoor genoemde doelen van verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is. De verzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

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

3.4 Pro Life Zorgservice

- 1 Pro Life Zorgservice informeert en bemiddelt voor de verzekeringnemer over wachttijden met betrekking tot:
 - Opname in een ziekenhuis;
 - Dagbehandeling in een ziekenhuis;
 - Toegangstijd polikliniek;
 - Poliklinische behandeling;
 - Diagnostisch onderzoek.Pro Life Zorgservice informeert niet over wachttijden voor thuis- en kraamzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.
- 2 De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn wordt geholpen via de Pro Life Zorgservice. Voor de volgende operaties gelden

de volgende maximale wachttijden:

- Staaroperaties: 13 weken;
 - Dotterbehandelingen: 8 weken;
 - Open hart operaties: 10 weken;
 - Knie- en heupprotheses: 13 weken.
- 3 De garantie voor een maximale wachttijd vangt aan op het moment dat de verzekerde zich bij Pro Life Zorgservice heeft aangemeld of bij een volledige bemiddeling na ontvangst van de door de verzekerde ondertekende machtiging.
 - 4 Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijn te regelen, dan vergoedt verzekeraar de beoogde ingreep in een door verzekeraar aangewezen ziekenhuis in binnen- of buitenland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

TIP

**Bel de Pro Life Zorgservice met vragen over wachttijden voor operaties.
Zie voor het telefoonnummer de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

3.5 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;
 - onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.
- 2 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Dit expertisebureau kan u ook bijstaan in het verhalen van uw persoonlijke schade. Informatie vindt u in onze brochure Agis letselschadeservice. U kunt deze brochure aanvragen via onze Klantenservice, via onze website of via onze Servicepunten. Zie voor meer informatie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

TIP

**Bel naar de Klantenservice met vragen over de Letselschadeservice.
Voor telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

3.6 Ingangsdatum polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2005.

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verhaal

- 1 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de verzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
- 2 Het niet meewerken van de verzekerde kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.
- 3 De verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

4.2 Afhandeling schade

De verzekerde is verplicht om:

- a de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;

- b de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking;
- c de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
- d desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- e de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekerde dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier;
- f computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen;
- g alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.
- h Pro Life behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtstreeks declareren door de zorgverlener.
- i de verzekeraar betaalt in dat geval de nota aan de zorgverlener. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen danwel indien bepaalde posten vanwege een schorsing van de dekking niet betaald hoefden te worden maar toch aan de zorgverlener betaald zijn, dan wordt bij de verzekeringnemer deze post in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan de verzekeraar betaald te worden op dezelfde wijze als waarop de premie aan de verzekeraar betaald wordt.
- j 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.

TIP

**Maak voor het indienen van NOTA'S altijd gebruik van het declaratieformulier.
Dit bespoedigt de afhandeling.**

5 Premie

5.1 Premiebetaling

- 1 De premie wordt vastgesteld door de verzekeraar.
- 2 De verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie en wettelijke bijdrage maandelijks bij vooruitbetaling danwel jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen. Indien de verzekeringnemer er voor kiest om de premie en wettelijke bijdrage maandelijks bij vooruitbetaling te voldoen, dient hij de verzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso, bij gebreke waarvan de verzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening kan brengen. Indien de verzekeringnemer er voor kiest om jaarlijks bij vooruitbetaling de premie en wettelijke bijdrage te voldoen, kan de verzekeraar de verzekeringnemer een korting op de premie verlenen.
- 3 De premie en wettelijke bijdrage zijn verschuldigd vanaf de eerste vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden.
- 4 De premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten zijn verschuldigd op de premievervaldag. Bij maandelijks vooruitbetaling is de premievervaldag de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd. Bij jaarlijkse vooruitbetaling is de premievervaldag de datum vermeld op de acceptgiro.
- 5 Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies, wettelijke bijdrage en/of administratiekosten niet of niet geheel op de premievervaldag heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig. De nalatige verzekeringnemer wordt eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekerde is gehouden tot vergoeding van de door de verzekeraar gemaakte incassokosten.
- 6 Indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten heeft voldaan, is hij rechtens in verzuim.

- 7 Indien de verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdrage en administratiekosten niet op de premievervaldag heeft betaald, is de verzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurde herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-.
- 8 Vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke vertragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen.
- 9 De verzekeraar kan volledige betaling van de premie 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.
- 10 Het is een verzekeringnemer niet toegestaan de ingevolge de artikelen 5.1 en 5.2 verschuldigde bedragen (die kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, administratiekosten, buitengerechterlijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen bedragen.
- 11 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.
- 12 Indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de verschuldigde bedragen.

5.2. De gevolgen van niet tijdige betaling van premie en overige kosten: schorsing, verrekening en beëindiging

- 1 De verzekeraar is gerechtigd de dekking van de verzekering vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is te schorsen, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen (die kunnen bestaan uit: de verschuldigde premie, de buitengerechterlijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en/of de administratiekosten) onverlet laat. De verzekeraar is daarnaast vanaf dat moment gerechtigd over te gaan tot het nemen van incassomaatregelen. De verzekeringnemer is in dat geval gehouden, naast de wettelijke rente, de buitengerechterlijke incassokosten ad 15% van de hoofdsom te voldoen.
- 2 De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf moment dat de verzekeringnemer in verzuim is.
- 3 Gedurende de schorsing van de dekking blijft de premie verschuldigd. 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 verzekeraar is ontvangen.
- 4 Vanaf het moment dat verzekeringnemer nalatig is, is de verzekeraar gerechtigd de kosten die verzekeringnemer nog tegoed heeft te verrekenen met door de verzekeringnemer nog verschuldigde bedragen. De verzekeraar is vanaf het moment dat de verzekeringnemer nalatig is tevens gerechtigd al haar verplichtingen op te schorten tot het moment dat de verzekeringnemer alle verschuldigde bedragen aan de verzekeraar heeft betaald.
- 5 Naast een schorsing van de dekking is de verzekeraar gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechterlijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).

5.3 Eigen risico

- 1 Van de verzekerde kosten is het op het polisblad genoemde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer.
- 2 Als voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximaal vergoedingsbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum onverminderd van kracht, zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna.
- 3 Als de verzekering ingaat na 1 januari van een kalenderjaar wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd. Het eigen risico wordt niet verlaagd bij een voortijdig einde van de verzekering. Een reeds ingehouden risico wordt niet gerestitueerd.

- 4 Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico wordt beschouwd als het sluiten van een nieuwe verzekering en dient vergezeld te gaan van een nieuw ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 5 Een door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risico-bedrag dient op het eerste schriftelijke verzoek aan de verzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
 - a de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van dertig dagen, onder mededeling dat bij niet tijdige betaling de dekking van de verzekering wordt geschorst vanaf het moment dat verzekeringnemer niet binnen de gestelde dertig dagen heeft betaald. Indien de verzekeringnemer niet binnen deze betalingstermijn het eigen risico heeft betaald, is hij rechtens in verzuim. De verzekeraar is gerechtigd de dekking van de verzekering vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is te schorsen. De verzekeringnemer blijft verplicht de betaling te voldoen;
 - b de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief eventuele kosten, door de verzekeraar is ontvangen;
 - c bij beëindiging van de polis zal de vordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden;
 - d vanaf het moment dat verzekeringnemer in verzuim is, is de verzekeraar gerechtigd de kosten die verzekeringnemer nog tegoed heeft te verrekenen met door de verzekeringnemer nog verschuldigde bedragen. De verzekeraar is vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is tevens gerechtigd al haar verplichtingen op te schorten tot het moment dat de verzekeringnemer het eigen risico aan de verzekeraar heeft betaald;
 - e naast een schorsing van de dekking is de verzekeraar gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van het eigen risico en/of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).

5.4 Kennisgeving

- 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - het van kracht worden voor één of meerdere verzekerden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
 - adreswijziging;
 - huwelijk;
 - samenwoning/samenleving;
 - wijziging van de gezinssamenstelling;
 - wijziging van bank- of postbanknummer.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de verzekeraar op haar verzoek alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht.
- 3 Als aan de bovengenoemde meldingsplicht niet is voldaan, bestaat er geen recht op uitkering of premierestitutie.
- 4 Mededelingen verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 5
 - a de verzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer periodiek een relatieblad, waarin naast informatie over verzekeraar, de ziektekostenovereenkomst, verzekeringsproducten en diensten ook aanverwante zaken zijn opgenomen;
 - b de verzekeringnemer kan de verzekeraar schriftelijk verzoeken terzake toezending van het relatieblad zijn persoonsgegevens te blokkeren. In dat geval zal het relatieblad niet meer aan de verzekeringnemer en de verzekerden worden toegestuurd;
 - 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 verzekeraar 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.

6 Wijziging van premie of voorwaarden

1 Herziening polis

- a de verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- b de herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening mededeling.
- c de herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde.
- d herziening van de premie die voortvloeit uit de premiestelling ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde zal plaatsvinden op de eerstvolgende vervaldatum (1 januari van enig jaar) ná het bereiken van deze leeftijdsgrens overeenkomstig het leeftijdsgebonden tarief voor individuele ziektekosten van de verzekeraar.
- e in het geval de verzekeraar 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.

2 Recht van opzegging polis

- a de verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening als genoemd onder 6.1a niet akkoord te gaan.
- b als de verzekeringnemer dit binnen dertig dagen na de onder 6.1b genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet-verstreken periode waarover de premie is betaald. Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:
 - bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
 - bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
 - bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door een verzekerde zoals omschreven onder 6.1d.

3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar vóór de 31e dag na de onder 6.1b genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7 Begin, duur en einde van de verzekering

7.1 Begin en duur van de verzekering

- 1 De verzekering vangt aan op de datum zoals vermeld op het polisblad.
- 2 De verzekering wordt aangegaan voor de duur van een kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend verlengd voor een kalenderjaar, tenzij een van de partijen de overeenkomst opzegt voor de expiratedatum (31 december) met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 3 De verzekering die in de loop van een kalenderjaar wordt afgesloten, wordt aangegaan voor het restant van dat kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar.

7.2 Einde van de verzekering

De beëindiging van de verzekering:

- a de verzekering eindigt bij overlijden van de verzekeringnemer;
- b de verzekering eindigt wanneer verzekeringnemer ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben;
- c de verzekering eindigt indien de verzekeringnemer de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Onder de voorwaarde dat de verzekeringnemer in dat geval woonplaats houdt in Nederland, zal aan de verzekeringnemer per de eerste van de maand van zijn verjaardag de Standaardpakketpolis worden afgegeven tegen de alsdan geldende wettelijke premie en onder de alsdan geldende voorwaarden;

- d de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer gedurende tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten). De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
- e de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien zij schade lijdt door onrechtmatig handelen van de verzekeringnemer of de verzekerde. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
- f de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien verzekeringnemer of verzekerde niet voldoet aan het schriftelijk verzoek alle inlichtingen te verschaffen die door de verzekeraar in verband met de verzekering noodzakelijk worden geacht. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
- g de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien zij zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op een verzwijging van omstandigheden die voor de verzekeraar van zodanig belang zijn dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen;
- h de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer of de verzekerde zijn verplichting(en) niet nakomt uit hoofde van de overeenkomst van verzekering;
- i de verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien verzekeringnemer of verzekerde de medewerkers van verzekeraar grovelijk en/of op een maatschappelijk onaanvaardbaar geachte wijze beledigt, bedreigt dan wel handelt op een wijze waardoor zij in de uitoefening van hun werkzaamheden worden belemmerd;
- j de verzekering eindigt indien deze tijdens de looptijd van de verzekering overbodig wordt ten gevolge van een publiekrechtelijke verzekering of wettelijke regeling krachtens de Ziekenfondswet, welke verzekering of regeling een gelijke dekking geeft voor de kosten als bij deze verzekering geregeld;
- k de verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen telkenmale tegen de expiratie-datum met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden;
- l de verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen zonder in acht name van de opzegtermijn, indien de verzekeraar de premie of polisvoorwaarden tussentijds wijzigt. In dat geval dient de verzekeringnemer binnen een termijn van dertig dagen na kennisname van de wijziging de verzekeraar schriftelijk over die opzegging te informeren. De verzekering eindigt dan op de datum waarop de wijziging ingaat;
- m de verzekeringnemer kan de overeenkomst niet opzeggen als in lid 7 wordt bedoeld, indien:
- de wijziging van de premie of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke bepalingen of maatregelen;
 - de wijziging een verlaging van de premie inhoudt bij gelijkblijvende dekking;
 - de wijziging een uitbreiding van de dekking inhoudt bij gelijkblijvende premie;
 - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waar aan de premie is gekoppeld.

7.3 Beëindiging van de dekking

De dekking eindigt voor de verzekerde afzonderlijk, zodra:

- a hij naar het oordeel van verzekeraar niet alle inlichtingen heeft verstrekt die de verzekeraar noodzakelijk acht voor de goede uitvoering van de verzekering;
- b hij als meeverzekerd kind in het huwelijk treedt;
- c hij overlijdt;
- d hij ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben;
- e hij de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Onder de voorwaarde dat de verzekeringnemer in dat geval woonplaats houdt in Nederland, zal aan de verzekerde per de eerste van de maand van zijn verjaardag de Standaardpakketpolis worden afgegeven tegen de alsdan geldende wettelijke premie en onder de alsdan geldende voorwaarden;
- f hij een van de verplichtingen in de verzekeringsvoorwaarden niet is nagekomen waardoor de belangen van verzekeraar zijn geschaad;
- g hij opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt bij schade.

8 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, bestaat er geen recht op vergoeding van kosten van medische behandelingen. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude alle polissen en verzekeringen met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de verzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraude-signaleringsstelsel.
- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de verzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.

9 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 Alle geschillen samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter, zulks nadat overleg tussen verzekeringnemer/verzekerde en de verzekeraar geen zinvol resultaat heeft gehad.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde kan een geschil gebaseerd op de ziektekostenverzekering, nadat dit ter kennis is gebracht van de verzekeraar en de verzekeraar haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, telefoon 030 6988360, fax 030 6988245. www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl.
- 3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

10 Lijst van verstrekkingen



De kosten worden vergoed op basis van 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 zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt Pro Life genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen dan wel in door Pro Life vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor ziekenhuizen, hulpmiddelen, fysiotherapie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen. Ook zijn de reglementen te raadplegen en te downloaden vanaf internet: www.prolife.nl.

10.1 Preventie

a Gezondheids cursussen

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie, waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 45,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een (kopie)certificaat of (kopie)bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

b Preventief onderzoek

Omschrijving: preventief onderzoek of behandeling voor baarmoederhalskankeronderzoek, borstkankeronderzoek, cholesteroltest, onderzoek van hart- en bloedvaten, prostaatkankeronderzoek.

Zorgverlening: huisarts of specialist.

Vergoeding: volledig, indien geen vergoeding mogelijk is via een andere wettelijke regeling.

c Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen

Omschrijving: kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: GG&GD, huisarts, tropenpoli, luchthavenpoli, Vaccinatiebureau Nederland of een arts genoemd op www.lcr.nl.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinatie in verband met beroepsmatige reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

d Anticonceptiva

1 Anticonceptie pil

Omschrijving: vergoeding van tweede generatie anticonceptiepillen en Cerazette® (minipil) voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig (onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage), benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of specialist (alleen voor de eerste aanschaf is een recept nodig).

Bijzonderheden:

- de volgende tweede generatiepillen worden vergoed: Binordiol®, Lovette®, Microgynon 30®, Microgynon 50®, Mini Pregnon®, Ministat®, Modicon®, Neocon®, Neo Stediril®, Neogynon 21®, Norlevo®, Ovanon®, Stediril 30®, Stediril D®, Trignycon®, Trinordiol® of Trinovum®;
- andere dan hier genoemde anticonceptiepillen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking worden niet vergoed;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2 Overige anticonceptiemiddelen

Omschrijving: vergoeding van overige anticonceptiva voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig (onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage), benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of specialist.

Bijzonderheden:

- het volgende middel wordt vergoed: Depo Provera® (prikpil);
- andere dan de hier genoemde overige anticonceptiemiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking worden niet vergoed;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

10.2 Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)

Omschrijving:

- visites en consulten wegens geneeskundig onderzoek en behandeling inclusief kosten huisartsenpost;
- onderzoeken en behandelingen door of op verzoek van de huisarts verricht, voorzover deze niet zijn inbegrepen in het tarief voor een huisartsconsult of visite.

Vergoeding: volledig.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: artikel 10.2 is niet van toepassing indien die als zodanig op het polisblad staat vermeld;
 - kosten die de huisarts heeft gemaakt voor keuringen worden niet vergoed.

10.3 Medisch-specialistische hulp en onderzoek

a Medisch-specialistische hulp, poliklinisch

- Omschrijving:
- specialistische behandeling op advies van de huisarts, tandarts of verloskundige niet gepaard gaande met een opname in het ziekenhuis;
 - dbc-tarief.

Vergoeding: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in het Agis Reglement Ziekenhuizen.

Voorschrift: huisarts, tandarts of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor specialistische hulp in een privé-kliniek VOORAF. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden vooraf worden gesteld.

Bijzonderheden: voor hulp door een oogarts is geen verwijzing nodig.

b Audiologische hulp

- Omschrijving:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
 - advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
 - voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
 - psychosociale hulp, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

c Chronisch intermitterende beademing

- Omschrijving:
- mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum;
 - de door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: specialist in een daartoe erkend beademingscentrum.

d Erfelijkheidsonderzoek

- Omschrijving:
- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid- en DNA-onderzoek;
 - erfelijkheidsadvies;
 - de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Zorgverlening: erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: behandelend arts.

Machtiging: ja, op aanvraag van de behandelend specialist, VOORAF.

Bijzonderheden: indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde omvat het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; ook aan hen kan dan advies plaatsvinden. De kosten van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen zorgverzekeraars van de andere personen.

e Leukemie bij kinderen

Omschrijving: centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Zorgverlening: Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

Vergoeding: volledig.

f Second opinion

Omschrijving: second opinion door een specialist in een erkend ziekenhuis in Nederland.

Vergoeding: volledig.

g Trombosedienst

Omschrijving: hulp door een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing: specialist of huisarts.

10.4 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a Opname

Omschrijving: • verpleging, als en zolang op medische gronden onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden;
• het dbc-tarief.

Vergoeding: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in het Agis Reglement Ziekenhuizen.

Machtiging: ja, VOORAF. Na 21 dagen.

Bijzonderheden: • volledige vergoeding voor:
• verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan drie maanden;
• verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang Pro Life voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd.
• een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts eenmaal worden ingehouden. Het eigen risico wordt in dat geval slechts berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

b Dagverpleging

Omschrijving: • medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek;
• het dbc-tarief.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dagverpleging in verband met plastische chirurgie VOORAF.

c Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis

Omschrijving: bijdrage in de kosten van nachtelijk verblijf in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling respectievelijk behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed kliniek in Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam.

Vergoeding: € 34,- per nacht.

d Nierdialyse

Omschrijving: • nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch);
• nierdialyse bij de verzekerde thuis;
• erythropoëtine.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor thuisdialyse VOORAF.

Bijzonderheden: bij thuisdialyse vindt ook een vergoeding plaats van niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die hiervoor door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

e Ouderverblijf bij opname kind

Omschrijving: bijdrage in de kosten van noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een op de polis verzekerd kind (tot 18 jaar).

Vergoeding: € 11,- per nacht.

f Orgaantransplantatie

Omschrijving: • transplantatie van de volgende donororganen: beenmerg, bot, hoornvlies, huid, nier, hart, long, hart/long, nier/alvleesklier of lever (orthotoop);
• weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door Eurotransplant;
• verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd;
• medische behandeling van de donor gedurende maximaal drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor donor VOORAF.

g Pensionkosten na transplantatie

Omschrijving: bijdrage in de kosten van een verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van beenmerg, bot, hoornvlies, huid, nier, hart, long, hart/long, nier/alvleesklier of lever (orthotoop) ondergaat.

Vergoeding: € 11,- per nacht.

Bijzonderheden: recht op bijdrage bestaat uitsluitend als ook de partner bij Pro Life Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier) en de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis veertig kilometer en meer bedraagt.

h Zorghotel

Omschrijving: opname in een in Nederland gelegen en aan een ziekenhuis verbonden inrichting voor verpleging van zieken, direct aansluitend op en dienende ter verkorting van opname in een ziekenhuis.

Vergoeding: 75% van de kosten die met een opname voor dezelfde indicatie in een ziekenhuis gemoeid zouden zijn, tot maximaal het in rekening gebrachte bedrag.

i Flaporen

Omschrijving: correctie van flaporen bij kinderen tot en met 16 jaar.

Zorgverlening: in een erkend ziekenhuis of ZBC.

Vergoeding: maximaal € 1.500,- van de kostprijs per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend specialist.

Bijzonderheden: vergoeding kan alleen plaats vinden indien de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling niet ouder is dan 16 jaar.

10.5 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a Hormoonpreparaten bij fertiliteitsbehandelingen

Omschrijving: hormoonpreparaten in het kader van een behandeling om zwangerschap tot stand te brengen.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig, onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage.

Voorschrift: behandelend arts.

Bijzonderheden: voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de verzekerde dient minstens één kalenderjaar bij Pro Life verzekerd te zijn (ziekenfonds of particulier); de afleverdatum van de geneesmiddelen is bepalend;
- er moet sprake zijn van door een arts vastgestelde mannelijke en/of vrouwelijke subfertiliteit;
- het moet gaan om een in Nederland gebruikelijke fertiliteitsbehandeling;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

b In vitro fertilisatie voor vrouwelijke verzekerden

Omschrijving: een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor in vitro fertilisatie (IVF-behandeling) in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie.

Zorgverlening: vergunninghoudend ziekenhuis.

Vergoeding: onder bepaalde voorwaarden worden maximaal drie pogingen voor in vitro fertilisatie vergoed, waarbij per poging een eigen bijdrage van € 363,- is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden: onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo(s) (embryotransfer).

c Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)

Omschrijving:

- het dbc-tarief;
- de verpleging, als en voor zolang op medische gronden verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk is.

Zorgverlening: ziekenhuis, specialist.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

- als moeder en kind, voordat een periode van acht dagen is verstreken te rekenen vanaf de dag van de bevalling, samen het ziekenhuis verlaten of als geen medische noodzaak meer bestaat voor verblijf in het ziekenhuis dan wordt voor het resterend aantal dagen een vergoeding verleend van € 136,- per dag ten behoeve van kraamzorg thuis of de kosten van voor eigen rekening voortgezet verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting;
- in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura);
- de aanvraag voor Pro Life Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van Pro Life te zijn (telefoonnummer Pro Life Topkraamzorg: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

d Poliklinische bevalling en kraambed (niet medisch noodzakelijk)

Omschrijving:

- verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);
- het dbc-tarief;
- kraamzorg.

Zorgverlening: ziekenhuis, kraaminrichting, specialist, verloskundige of huisarts, kraamcentrum.

Vergoeding:

- de kosten van de bevalling worden volledig vergoed;
- voor de kosten van kraamzorg thuis en/of de kosten van voor eigen rekening voortgezet verblijf in het ziekenhuis of kraaminrichting wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag

- tot maximaal € 1.088,- (te rekenen vanaf de dag van bevalling);
- in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura).

Bijzonderheden: de aanvraag voor Pro Life Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van Pro Life te zijn (telefoonnummer Pro Life Topkraamzorg: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

e Bevalling en kraambed thuis

Omschrijving:

- het honorarium voor verloskundige hulp (incl. voor- en nazorg);
- kraamzorg.

Zorgverlening: verloskundige of huisarts, kraamcentrum.

Vergoeding:

- de kosten van de bevalling worden volledig vergoed;
- voor de kosten van kraamzorg thuis wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot maximaal € 1.088,- ;
- in plaats van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura).

Bijzonderheden:

- Pro Life Topkraamzorg geeft recht op kraamzorg door een door verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum gedurende minimaal drie uur per dag verspreid over maximaal 14 dagen tot maximaal zestig uur (bij meerlingen 72 uur);
- Pro Life Topkraamzorg geeft recht op vergoeding van inschrijving, intake en bevallingsassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- de aanvraag voor Pro Life Topkraamzorg dient tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van Pro Life te zijn (telefoonnummer Pro Life Topkraamzorg: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden);
- bij een combinatie van Pro Life Topkraamzorg met de hulp genoemd onder a, b of c vervalt de aldaar genoemde vergoeding van € 136,- per dag en/of wordt voor elke onder a en b in rekening gebrachte verpleegdag zes uur kraamzorg in mindering gebracht.

TIP

Bel voor Pro Life Kraamzorg uiterlijk vijf maanden vóór de bevalling met de Klantenservice.

f Volledig kraampakket

Omschrijving: een door Pro Life samengesteld kraampakket.

Vergoeding: volledig in natura.

Bijzonderheden:

- verzekerden die gebruik maken van Pro Life Topkraamzorg kunnen de aanvraag voor een kraampakket tegelijk indienen met de aanvraag voor kraamzorg;
- verzekerden die geen gebruik maken van Pro Life Topkraamzorg (kraamzorg in natura), dienen tenminste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum een aparte aanvraag voor een kraampakket in te dienen. Verzekerde dient daartoe contact op te nemen met Pro Life Topkraamzorg (telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden).

g Extra huishoudelijke hulp

Omschrijving: extra huishoudelijke ondersteuning na zwangerschap en bevalling. Deze hulp is een aanvulling op de kraamzorguren zoals vastgesteld in het indicatieprotocol. Deze hulp dient direct aansluitend op de kraamzorguren verleend te worden.

Zorgverlening: kraamzorginstelling waar ook de kraamzorguren betrokken worden.

Vergoeding: maximaal 16 uur, vergoeding 75% tot € 288,-.

- Bijzonderheden:
- het totaal van kraamzorguren en extra huishoudelijke hulp tezamen mag het aantal van 64 uren niet overschrijden;
 - vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een factuur, waarop de kosten staan vermeld.

h Extra kraamzorg

Omschrijving: uitgestelde kraamzorg door een door Pro Life gecontracteerd kraamcentrum.

- Bijzonderheden: er bestaat recht op uitgestelde kraamzorg thuis indien de verzekerde of de baby na bevalling om medische redenen enkele dagen (maximaal zes weken) in een ziekenhuis moet blijven. Er bestaat recht op vergoeding van kosten voor maximaal vijf dagen 5 uur kraamzorg. Dit geldt indien er geen normale kraamperiode mogelijk was.

i Zwangerschapskursus

Omschrijving: het door een vrouwelijke verzekerde volgen en afronden van een zwangerschapskursus.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

- Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een (kopie)bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

j Heupondersteuningsband bij zwangerschap

Vergoeding: maximaal € 45,- voor de duur van de verzekering.

Voorschrift: specialist of huisarts.

k Hulp bij borstvoedingsproblemen

Omschrijving: vergoeding van begeleiding door een lactatiekundige van vrouwen met borstvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerde lactatiekundige die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

Vergoeding: consulten, 75% tot maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: verloskundige of huisarts.

- Bijzonderheden: hulpmiddelen voor borstvoeding komen niet voor vergoeding in aanmerking.

10.6 Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)

- Omschrijving:
- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten;
 - bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
 - polymere, oligomere, monomere, en modulaire dieetpreparaten;
 - verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: overeenkomstig de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld met in achtneming van het daarin opgenomen Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS). Een geneesmiddel dat een stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten maken deel uit van deze polis en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

Voorschrift: arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige.

Machtiging: uitsluitend voor dieetpreparaten en aantal geneesmiddelen overeenkomstig de uniforme regeling Farmaceutische hulp, VOORAF.

- Bijzonderheden:**
- dekking naar keuze: is gekozen voor het uitsluiten van de dekking dan geldt het navolgende: wanneer de kosten voor farmaceutische hulp hoger zijn dan € 1.134,- (per verzekerde per kalenderjaar) dan komen de meerkosten ten laste van artikel 10.6;
 - op de vergoeding voor medicijnen is een eventueel eigen risico niet van toepassing;
 - de polis kan inhouden dat de verzekeringnemer, in afwijking van de vergoedingsomschrijving, slechts aanspraak heeft op vergoeding van de door Pro Life aangewezen geregistreerde geneesmiddelen:
 - de aanwijzing geschiedt zodanig dat de werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen, aangewezen ingevolge artikel 10, eerste lid, aanhef en onder a, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, voor de verzekeringnemer beschikbaar zijn;
 - een beperking van de aanspraak als bedoeld in het eerste lid is niet van toepassing voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor de verzekeringnemer medisch niet verantwoord is.
 - het Geneesmiddelenvergoedingen Systeem (GVS) is door de Overheid vastgesteld en houdt in dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp of Pro Life anders bepaalt;
 - per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - 15 dagen: een voor de verzekerde nieuwe medicatie;
 - een half jaar: orale anticonceptiva;
 - drie maanden: geneesmiddelen voor chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van slaapmiddelen, angstremmende of eetlustremmende geneesmiddelen;
 - 15 dagen: geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
 - een maand: overige gevallen;
 - dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, resorptiestoornis, voedselallergie, stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden (COPD), cystic fibrose (CF), ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen;

de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- andere dan in de omschrijving genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn);
- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder;
- middelen die vallen onder het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (tenzij in deze polisvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald);
- ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van Pro Life noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel;
- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening niet mogen worden afgeleverd.

10.7 Hulpmiddelen

a Hulpmiddelen

Omschrijving: aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, opgenomen in de regeling hulpmiddelen c.q. het Reglement Hulpmiddelen. De regeling hulpmiddelen c.g. het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Zorgverlening: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de regeling hulpmiddelen c.q. het Reglement Hulpmiddelen.

- Vergoeding:**
- hulpmiddelen: overeenkomstig de maximale bedragen in de regeling hulpmiddelen c.q. het Reglement Hulpmiddelen;
 - eigen bijdrage hulpmiddelen: maximaal € 453,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: behandelend arts en waar vereist behandelend specialist.

Machtiging: ja, overeenkomstig de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelen.
Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

- Bijzonderheden:
- de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Pro Life;
 - de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling hulpmiddelen c.q. het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
 - de eigen bijdrage van een hulpmiddel dient apart te worden gedeclareerd.

b Brillen en/of contactlenzen

Omschrijving: brillen en/of contactlenzen met een sterkte van tenminste 2,0 dioptrieën.

Vergoeding: maximaal € 136,- per verzekerde per drie kalenderjaren of een 'gratis' bril bij Hans Anders eenmaal per verzekerde per drie kalenderjaren.

- Bijzonderheden:
- voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt een eventuele cilinder niet meegeteld;
 - het aantal dioptrieën moet uit de nota blijken;
 - zonnebrillen, gekleurde contactlenzen zonder sterkte komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - voor de regeling 'gratis' bril dienen de Pro Life klantenpas en een kopie van het polisblad in het Hans Anders-filiaal te worden overlegd.



Als verzekerde van Pro Life kunt u bovendien onbeperkt profiteren van de afspraken tussen Pro Life en Hans Anders en Het Huis Opticiens. Hierdoor kunt u voor een vaste lage prijs een bril en/of contactlenzen aanschaffen:

- enkelvoudige bril voor € 95,- /multifocale bril voor € 135,- uit de gehele montuurcollectie van Hans Anders, of;
- enkelvoudige bril voor € 149,- /multifocale bril voor € 249,- uit de Collectie van Het Huis.
- 15 % korting op maandlenzen bij Hans Anders /15 % korting op alle contactlenzen uit de Collectie van Het Huis.

De kortingsregeling geldt alleen op vertoon van de Pro Life klantenpas in de winkel. De kosten voor brillen en contactlenzen worden via de aanvullende verzekering vergoed volgens de voorwaarden zoals vermeld in artikel Brillen en/of contactlenzen.

c Plaswekker

Zorgverlening: leverancier waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 79,- voor de duur van de verzekering voor verzekerden vanaf zeven jaar.

Machtiging: behandelend (school)arts.

d Steunzolen

Zorgverlening: orthopedisch instrumentmaker of orthopedisch schoentechnicus waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: behandelend arts.

10.8 Revalidatie

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

Zorgverlening: een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan, met daarin tenminste de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Bijzonderheden:

- de hulp 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 bewegingsapparaat;
- de verzekerde dient met die hulp in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
- op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

10.9 Ziekenvervoer

a Helikopter vervoer zieke pasgeborenen en ambulance vervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer per helikopter of ambulance.

Zorgverlening: erkend ambulancevervoerder of Stichting Nationaal Helikoptervervoer.

Vergoeding: volledig.

Verwijzing:

- helikoptervervoer op verwijzing van het centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg;
- ambulancevervoer via Centrale Post Ambulance vervoer.

Bijzonderheden: ambulancevervoer in verband met repatriëring uit het buitenland valt niet onder deze verstrekking.

b Overig ziekenvervoer

Omschrijving: vervoer per openbaar vervoer, personenauto, taxi of rolstoelbus waarop de verzekerde, in het geval hij ziekenfondsverzekerd zou zijn op basis van de Ziekenfondswet, recht zou hebben.

Vergoeding: conform het Reglement Zittend Ziekenvervoer.

Machtiging: conform het Reglement Zittend Ziekenvervoer.

10.10 Tandheeskundige hulp

Algemeen:

- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
- niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Pro Life de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WVG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT).

a Tandheeskunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

1 Normale tandheeskundige hulp

Omschrijving: tandheeskundige hulp (met uitzondering van orthodontie, ongevalkosten m.b.t. kroon- en brugwerk en prothesen en bijzondere tandheeskunde) inclusief techniekkosten.

Zorgverlening: tandarts of instelling voor jeugdtandverzorging.

Vergoeding: 75 % tot maximaal € 226,- per verzekerde per kalenderjaar.

2 Orthodontie

Omschrijving: normale gebitsregulatie.

Zorgverlening: tandarts of orthodontist .

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.

3 Prothesen, kronen en bruggen bij ongeval (inclusief techniekkosten)

Omschrijving: indien als gevolg van een ongeval frontelementen zijn beschadigd wordt vergoeding verleend voor de noodzakelijke prothesen, kronen en bruggen.

Zorgverlening: tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of instelling voor jeugd tandverzorging.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

b Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

1 Volledige uitneembare gebitsprothese (met uitzondering van overkappingsprothesen op implantaten)

Omschrijving: volledige uitneembare boven- en/of onderprothese.

Zorgverlening: tandarts of tandprotheticus (de laatstgenoemde mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met Pro Life).

Vergoeding: per onder- of bovenprothese 75% tot maximaal € 226,- per verzekerde per vijf kalenderjaren.

2 Orthodontie

Omschrijving: normale gebitsregulatie.

Zorgverlening: tandarts of orthodontist.

Vergoeding: 90% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.

Omschrijving:

- Implantaten, mesostructuur en prothesen op implantaten;
- implantaten, ingebracht in een ernstig geslonken kaak;
- implantaten, diendende als steun voor een (overkappings-)prothese;
- mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel);
- volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel).

Zorgverlening: kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 1.361,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Machtiging: ja, VOORAF. Uitsluitend in geval van implantologie in de bovenkaak. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

c Bijzondere tandheelkundige hulp

1 Orthodontie in bijzondere gevallen

Omschrijving: behandeling van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- (cheilo-), kaak-(gnato-) of verhemeltespleet (palatoschisis);

- behandeling van een kaakorthopedische afwijking die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- en nabehandeling noodzakelijk is.

Zorgverlening: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

Omschrijving: 2 Tandheelkunde voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap
behandeling van verzekerden, bij wie door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Zorgverlening: tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde of centrum voor jeugd tandverzorging.

Vergoeding: volledig.

Omschrijving: 3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
behandeling van een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel die een gevolg is van één van de volgende lichamelijke aandoeningen of tandheelkundige afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnato- of palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische aandoening (oro-maxillo-faciaal defect);
- functieverlies van de speekselklieren zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren waarbij sprake is van ernstige tandheelkundige consequenties;
- ernstige glazuurafwijkingen.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde of een tandarts.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden: het recht op de vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

10.11 Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)

a Fysiotherapie

Omschrijving: medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie.

Zorgverlening: fysiotherapeut.

Vergoeding: niet-chronisch: twintig behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, vervolgbehandelingen 75%.
chronisch: alle medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Maximale vergoedingen per behandeling:

- fysiotherapie: € 24,10;
- fysiotherapie aan huis: € 36,10;
- fysiotherapie in inrichting: € 30,10;
- manuele therapie, kinderfysiotherapie en oedeemtherapie: € 36,10;
- eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie: € 48,20.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: • niet-chronisch: voorafgaand aan de vervolgbehandelingen;
• chronisch: voorafgaand aan de behandeling, op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.

Bijzonderheden: • dekking naar keuze: artikel 10.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
• bepaling chronische aandoening conform lijst Borst (VWS);
• binnen het toegestane aantal behandelingen wordt per kalenderjaar maximaal één consult, zes behandelingen manuele therapie en eenmaal een door Agis goedgekeurd groepsprotocol vergoed;
• onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
• op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode en de indicatiecode te vermelden.

b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

Omschrijving: oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: niet-chronisch: twintig behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, vervolgbehandelingen 75%.
chronisch: alle medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts of specialist.

Machtiging: • niet-chronisch: voorafgaand aan de vervolgbehandelingen;
• chronisch: voorafgaand aan de behandeling, op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts.

Bijzonderheden: • dekking naar keuze: artikel 10.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
• bepaling chronische aandoening conform lijst Borst (VWS);
• onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
• op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode en de indicatiecode te vermelden.

c Logopedie

Zorgverlening: logopedist.

Vergoeding: • 100% voor de eerste twintig behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
75% voor vervolgbehandelingen.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor vervolgbehandelingen, VOORAF.

Bijzonderheden: • dekking naar keuze: artikel 10.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
• onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan: behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

d Ergotherapie

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

Zorgverlening: ergotherapeut.

Vergoeding: 100% voor maximaal tien uur per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden: dekking naar keuze: artikel 10.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld.

10.12 Alternatieve geneeswijzen (dekking naar keuze uit te sluiten)

Alternatieve geneeswijzen

- Omschrijving:
- chiropractie;
 - homeopathie (klassiek);
 - manuele geneeskunde;
 - Moermantherapie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - neuraaltherapie;
 - orthomanipulatie;
 - orthomoleculaire geneeskunde;
 - orthopedische geneeskunde;
 - osteopathie.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: maximaal € 567,- voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: artikel 10.12 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
 - homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, apotheekhoudende huisarts of (klassiek) homeopaat;
 - voedingssupplementen en de homeopathische zelfzorgmiddelen: Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking.

10.13 Psychische hulpverlening

a Eerstelijnspsychologie

Zorgverlening: gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts.

b Orthopedagogie

Omschrijving: behandeling van kinderen tot 18 jaar met leer- en opvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerd vrijgevestigd orthopedagoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van het Werkverband Eigen Praktijk (WEP) van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: (school)arts.

c (Kortdurende) oncologisch psychosociale hulp

Omschrijving: (kortdurende) oncologische psychosociale hulp.

Zorgverlening: instantie waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 500,- voor de duur van de verzekering.

10.14 Gezins- en ziekenverzorging

a Vervangende thuisverzorging

Omschrijving: vervangende verzorging thuis door vrijwilligers bij vakantie van de mantelzorgers van een gehandicapte of dementerende huisgenoot.

Zorgverlening: Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten.

Vergoeding: maximaal 15 dagen per kalenderjaar.

b Terminale zorg door vrijwilligers thuis

Zorgverlening: vrijwilligersorganisatie die is aangesloten bij het steunpunt van de Landelijke Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ).

Vergoeding: maximaal € 113,-.

Bijzonderheden: vergoeding wordt uitsluitend verleend op basis van nota VTZ.

c Palliatieve zorgverlening

Omschrijving: ingeval een verzekerde in een terminale fase niet langer thuis kan worden verpleegd, maar in een instelling.

Vergoeding: € 34,- per dag gedurende maximaal 13 weken.

Machtiging: ja, VOORAF.

10.15 Therapieën

a Huidtherapie

Omschrijving:

- acnétherapie: huidtherapie bij actieve ernstige acné in het gelaat of peeling bij genezen acné met sterk ontsierende littekens in het gelaat Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH);
- camouflagetherapie: lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat en/of de hals inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke en tepelhoftatoeage Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH);
- elektrische of laserepilatie: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in gelaat en/of de hals Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH);
- manuele lymfedrainage: behandeling van ernstig lymfe-oedeem Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH);
- psoriasis therapie: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleven.

Zorgverlening:

- acnétherapie, camouflagetherapie en manuele lymfedrainage door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH);
- elektrische epilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die bij de Algemene nederlandse branche organisatie schoonheidsverzorging (Anbos) staat geregistreerd als gediplomeerd in elektrische epilatie;
- laserepilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden;
- psoriasis therapie in of door een centrum waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

b Overige therapieën

- Omschrijving:**
- warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor verzekerden met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct;
 - podotherapie: onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels of therapeutische zolen;
 - stottertherapie.
- Zorgverlening:**
- warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten bij fysiotherapeut, oefentherapeut of een patiëntenvereniging waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt;
 - podotherapie: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteits-eisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden;
 - stottertherapie: het Del Ferro instituut, instituut de Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.
- Vergoeding:** maximaal € 680,- voor de gezamenlijke of gecombineerde kosten van de bij omschrijving onder a en b genoemde huidtherapie en overige therapieën per verzekerde per kalenderjaar.
- Verwijzing:** behandelend arts.
- Bijzonderheden:**
- acnétherapie, camouflagetherapie, epilatie (elektrische en laser-): uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een aandoening in het gelaat en/of de hals;
 - warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om zwemmen in groepsverband in verband met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct;
 - orthopedische steunzolen behoren niet tot podotherapie.

10.16 Extra vergoedingen

a Herstellingsoord

- Omschrijving:** behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke of psychische ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben.
- Zorgverlening:** een niet AWBZ-erkend herstellingsoord waarmee Pro Life een afspraak heeft gemaakt.
- Vergoeding:** € 34,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per drie kalenderjaren.
- Verwijzing:** behandelend arts.

b Kuurbehandeling

- Omschrijving:** kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoening in Nederland of in het buitenland.
- Zorgverlening:** kuurcentrum waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.
- Vergoeding:** 75% tot maximaal € 907,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Machtiging:** ja, VOORAF.
- Bijzonderheden:**
- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.
 - kosten kunnen worden gedeclareerd nadat de reis heeft plaatsgevonden tegen overlegging van een betalingsbewijs.

c Therapeutisch kamp

- Omschrijving:** verblijfskosten in een therapeutisch kamp voor astmatische of lichamelijk gehandicapte jongeren tot 18 jaar.

Vergoeding: € 6,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

d Lidmaatschap NPV

Omschrijving: gezinslidmaatschap van de landelijk werkzame organisatie Nederlandse Patiëntenvereniging die zich inzet voor de algemene belangen van gebruikers van voorzieningen voor gezondheidszorg en welzijn. De NPV gaat uit van bijbelse waarden en normen.

Vergoeding: volledig gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: de polishouder wordt automatisch lid van de NPV. Het lidmaatschap geldt voor alle meeverzekerden genoemd op de polis. Pro Life Zorgverzekeringen verzorgt de aanmelding en betaalt rechtstreeks de abonnementskosten. Door dit lidmaatschap kunt u tevens gebruik maken van alle andere diensten en services van de NPV.

e Sport Medisch Advies

Omschrijving: blessureconsult, onderzoek, advies en sportkeuringen door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

f Overgangsconsulenten

Omschrijving: begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.

Zorgverlening: gekwalificeerde overgangstherapeut die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

g Whiplash

Omschrijving: consulten en behandeling.

Zorgverlening: De Gezonde Zaak.

Vergoeding: maximaal € 294,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

h NPV-Levenswensverklaring

Omschrijving: NPV-Levenswensverklaring is een uiterste wilsbeschikking met betrekking tot medische en verpleegkundige zorg voor situaties waarin de verzekerde zijn wil niet meer zelf kan vormen en uiten.

Vergoeding: eenmalige vergoeding per verzekerde gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: de NPV-Levenswensverklaring kan alleen worden aangevraagd door verzekerden vanaf 16 jaar. De NPV-Levenswensverklaring is aan te vragen bij de NPV te Veenendaal (telefoonnummer: 0318 54 78 88) of Pro Life Zorgverzekeringen.

i Cursus Natuurlijke Familie Planning

Omschrijving: cursus waarin de verzekerde leert op een natuurlijke manier om te gaan met vruchtbaarheid.

Vergoeding: 75% van de cursuskosten.

Bijzonderheden: vergoeding is eenmalig per echtpaar, inclusief cursusmateriaal. De cursus wordt gegeven door consulenten van NPF-Nederland. Aanmelden voor deze cursus kan via Pro Life Zorgverzekeringen, telefoonnummer: 033 422 81 88.

j Diëtistische voedingsadviezen

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

Zorgverlening: diëtist.

Vergoeding: vier behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

**Neem altijd als u naar het BUITENLAND gaat uw Zorgpas en het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee.
Telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

10.17 Buitenlanddekking

a Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

- Omschrijving:** spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal zes maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan hulp die bij vertrek redelijkerwijs niet is te voorzien.
- Vergoeding:**
- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland;
 - ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ambulancevervoer binnen het land van verblijf;
 - repatriëring: volledig, voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of, bij indicatie voor ambulancevervoer en mits deze kosten niet hoger zijn, per vliegtuig vanuit het buitenland naar de eigen woonplaats of een ziekenhuis in Nederland, alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
 - vervoer stoffelijk overschot: volledig, van de plaats van overlijden naar Nederland en mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
 - Agis Alarmcentrale: volledig voor het organiseren van hulpverlening door de Agis Alarmcentrale.
- Machtiging:** ja, uitsluitend in de volgende gevallen:
- voor opname binnen 24 uur na opname of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, via de Agis Alarmcentrale;
 - voor ziekenvervoer of vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar Nederland VOORAF, via de Agis Alarmcentrale.
- Bijzonderheden:**
- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed indien de verzekeraar via de Agis Alarmcentrale goedkeuring heeft verleend. De verzekeraar kan tevens besluiten tot repatriëring;
 - medisch-specialistische hulp wordt uitsluitend vergoed bij behandeling door een ter plaatse bevoegd specialist;
 - voor declaratie kan de verzekerde een schadespecificatieformulier opvragen bij de verzekeraar;
 - vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden. Op verzoek van het betreffende ziekenhuis zal daartoe een garantieverklaring worden afgegeven;
 - als het tijdelijk verblijf buiten Nederland uitsluitend of mede bedoeld is om aldaar een medische behandeling te ondergaan, of een in Nederland aangevangen behandeling, verpleging en dergelijke in het buitenland voort te zetten, zal de verzekeraar niet tot vergoeding van de kosten overgaan. Voor chronische patiënten kan de verzekeraar een uitzondering maken. Hiervoor moet vooraf toestemming worden gevraagd door de behandelend specialist.
- ### b EU-dekking (niet spoedeisend)
- Omschrijving:** medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf binnen EU-verdragslanden, voor zover de medische hulp, als deze in Nederland zou zijn verleend, onder de polisdekking zou vallen. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland.
- Vergoeding:** tot maximaal 100% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland wettelijk in rekening mogen worden gebracht.
- Machtiging:** ja, VOORAF.
- Bijzonderheden:**
- aan de toestemming voor behandeling in het buitenland kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;
 - kosten van vervoer naar en van het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;

- kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden.

11 Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)

Omschrijving: tandheekkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese).

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, subfaculteit tandheelkunde, instelling voor jeugd tandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met Pro Life).

Vergoeding: 75% van het door een in Nederland gevestigde tandarts in rekening gebrachte honorarium inclusief techniek- en materiaalkosten tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- deze facultatieve dekking is mogelijk voor zowel kinderen als volwassenen;
- niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;
- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Pro Life de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WVG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT).

12 Facultatieve Klasseverzekering (alleen indien meeverzekerd)

Omschrijving: 2^e klasse verpleging, voor zover noodzakelijk en beschikbaar in het kader van medisch specialistisch onderzoek en/of behandeling ten laste van de ziektekostenverzekering.

Zorgverlening: ziekenhuis of instelling.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

- bij verpleging op basis van 3^e klasse en als conform polis recht bestaat op een 2^e klasse verpleging, vindt er een uitkering plaats van € 45,- per dag (daggelduitkering) tot maximaal tien dagen via een aparte declaratie door de verzekerde;
- de daggelduitkering geldt niet voor opname in het buitenland.

13 AWBZ

Rechten en verplichtingen

Voor zover in de AWBZ niet anders is geregeld worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van Pro Life en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in deze polisvoorwaarden.

Zorgaanspraken AWBZ

- 1 Een verzekerde heeft recht op verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf, en preventieve zorg, waarvan aard, inhoud en omvang geregeld zijn in de AWBZ (artikel 6 lid 1), bijbehorende uitvoeringsregelingen en dit reglement. In bepaalde gevallen ontvangt u daarvoor in de plaats een financiële vergoeding. U heeft alleen aanspraak op zorg als u uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop redelijkerwijs bent aangewezen. Voorts moet u beschikken over een geldige indicatiestelling voor de noodzakelijke AWBZ-zorg.
- 2 Tot de zorg die in de AWBZ geregeld is behoren:
 - a huishoudelijke verzorging;
 - b persoonlijke verzorging;

- c verpleging;
 - d ondersteunende begeleiding;
 - e activerende begeleiding;
 - f behandeling;
 - g verblijf;
 - h het gebruik van een verpleegartikel gedurende een termijn van ten hoogste 26 weken;
 - i opname en verblijf in een ziekenhuis vanaf de 366e dag;
 - j revalidatiezorg in een instelling voor revalidatie vanaf de 366e dag;
 - k zorg bestaande uit georganiseerde preventie:
 - prenatale zorg, met uitzondering van kraamzorg;
 - onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten;
 - vaccinaties.
- 3 Voor het verkrijgen van een zorgaanspraak kunt u een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Deze bijdrage kan afhankelijk zijn van uw (gezins)inkomen.

14 Beroepsverenigingen

Chiropractie

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Stichting Nationaal Register Chiropractoren (SNRC)

Eerstelijnspsychologie

- Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP)
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)

Homeopathie (klassiek)

- Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- Register van Klassiek Homeopaten (NOKH)

Manuele geneeskunde

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

Moermantherapie

- Artsenvereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie.
- Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding

Natuurgeneeswijzen

- Artsenvereniging voor biologische en natuurlijke geneeswijzen (ABNG-2000)
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP)
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)
- Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG)

Neuraaltherapie

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

Orthomanipulatie

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG)

Orthomoleculaire geneeskunde

- Maatschappij ter bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)
- Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)

Orthopedische geneeskunde

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG)

Osteopathie

- Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

Podotherapie

- Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVP)
- Omni Podo Genootschap (OPG)
- Stichting LOOP

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.
Bel telefoonnummer 033 422 81 88

Schriftelijk

Pro Life Zorgverzekeringen
Postbus 1090
3800 BB Amersfoort

Via Internet

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



Belangrijke telefoonnummers

Pro Life Klantenservice 033 422 81 88

Pro Life Topkraamzorg 033 422 81 88

Pro Life Zorgservice 033 422 81 89
(wachtljstbemiddeling)

Agis Alarmcentrale 020 342 12 12

Pro Life is een product van Agis Zorgverzekeringen