



Aanvullende ziekteverzekeringen 2005

ALGEMENE VOORWAARDEN



Salland
verzekeringen



Inhoudsopgave

	Inleiding	pag.	5
Artikel 1	Begripsbepalingen	pag.	5
Artikel 2	Afsluiten van de verzekering	pag.	6
Artikel 3	Duur van de verzekering	pag.	7
Artikel 4	Wijzigingen	pag.	7
Artikel 5	Beëindiging van de verzekering	pag.	9
Artikel 6	Betaling premie	pag.	10
Artikel 7	Recht op vergoeding	pag.	11
Artikel 8	Hoogte van de vergoedingen	pag.	11
Artikel 9	Indienen van nota's	pag.	12
Artikel 10	Eigen risico en eigen bijdrage	pag.	13
Artikel 11	Samenloop verzekeringen	pag.	13
Artikel 12	Wijzigingen ziekenfonds en/of AWBZ	pag.	13
Artikel 13	Inlichtingenplicht	pag.	13
Artikel 14	Aansprakelijkheid derden	pag.	14
Artikel 15	Vrijwaring van aansprakelijkheid	pag.	14
Artikel 16	Extra service	pag.	14
Artikel 17	Ziekenvervoer	pag.	14
Artikel 18	Alternatieve geneesmiddelen/geneeswijzen	pag.	14



Artikel 19	Flebologie en proctologie	pag.	15
Artikel 19.1	Manuele therapie	pag.	16
Artikel 19.2	Huidtherapie	pag.	16
Artikel 19.3	Pedicurebehandeling bij suikerziekte (diabetes mellitus)	pag.	16
Artikel 19.4	Psoriasis dagbehandeling	pag.	17
Artikel 19.5	Paramedische hulp	pag.	17
Artikel 19.6	Psychologische hulp of Haptotherapie	pag.	18
Artikel 19.7	Psychotherapie	pag.	18
Artikel 19.8	Spoedeisende hulp in het buitenland	pag.	18
Artikel 19.9	Bijzondere hulp	pag.	20
Artikel 19.10	Anti-conceptiemiddelen	pag.	20
Artikel 19.11	Geneesmiddelen	pag.	20
Artikel 19.12	Hulpmiddelen	pag.	21
Artikel 19.13	Kraamzorg	pag.	22
Artikel 19.14	Preventie	pag.	22
Artikel 19.15	Second opinion	pag.	23
Artikel 19.16	Sport medisch advies	pag.	23
Artikel 19.17	Tandheelkundige hulp	pag.	23
Artikel 19.18	Orthodontie tot 18 jaar (gebitsregulatie)	pag.	24
Artikel 19.19	Thuiszorg	pag.	24
Artikel 19.20	Verblijf buitenshuis	pag.	24
Artikel 19.21	Ziekenbezoek	pag.	25
Artikel 19.22	Servicepakket	pag.	25
Artikel 20	Misbruik en oneigenlijk gebruik van de verzekering	pag.	26
Artikel 21	Registratie persoonsgegevens	pag.	26
Artikel 22	Recht en klachten	pag.	26
Artikel 23	Slotbepaling	pag.	26
Artikel 24	Ingangsdatum verzekeringsvoorwaarden	pag.	26
	Inlichtingen	pag.	27
	Spreekuren	pag.	27



Inleiding

In aanvulling op de rechten en plichten zoals die in de Ziekenfondswet zijn opgenomen, heeft de verplicht ziekenfondsverzekerde de mogelijkheid een aanvullende verzekering af te sluiten. Zorgverzekeraar Salland verzekeringen heeft voor zowel individuele als collectieve ziekenfondsverzekerden diverse aanvullende verzekeringen samengesteld. Dit komt tot uitdrukking in deze algemene voorwaarden in combinatie met verschillende vergoedingsoverzichten. De van de verzekeringsovereenkomst deel uitmakende algemene voorwaarden en vergoedingsoverzichten zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

- Salland Mini;
- Salland Extra;
- Salland Matspolis: speciaal voor jongeren tot 27 jaar;
- Salland Borgpolis: speciaal voor 65-plussers;
- Salland Optimaal: collectieve verzekering voor personen met een bijstandsuitkering;
- Salland Plus (zowel individuele als collectieve verzekering);
- Salland Antroplus;
- Salland Top (zowel individuele als collectieve verzekering);
- Salland Zorgsector (collectieve verzekering voor personen werkzaam in de zorg).

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn de artikelen 1 tot en met 24 op alle aanvullende verzekeringen van toepassing.

Artikel 1 Begripsbepalingen

1.1 Aanvullende verzekering

De verzekering die onderwerp is van de tussen de verzekeraar en verzekeringnemer gesloten verzekeringsovereenkomst. Deze geeft aanspraak op vergoedingen in aanvulling op de wettelijke verzekeringen (Ziekenfondswet en/of AWBZ) of aanspraak geeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van verstrekkingen die niet in de wettelijke verzekeringen zijn opgenomen, verder te noemen de verzekering.

1.2 Wettelijke verzekeringen

- a. Ziekenfondsverzekering: verzekering zoals die is vastgesteld in de Ziekenfondswet.
- b. Algemene Wet Bijzondere Ziektekostenverzekering: verzekering zoals die is vastgesteld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, verder te noemen AWBZ.

1.3 Zorgverzekeraar

- a. Voor de verzekering: O.W.M. Salland aanvullende verzekeringen u.a., statutair gevestigd te Deventer en verder te noemen de verzekeraar.
- b. Voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de AWBZ: O.W.M. Salland zorgverzekeringen u.a., statutair gevestigd te Deventer en verder te noemen Salland verzekeringen.

1.4 Verzekerde

De persoon die bij de zorgverzekeraar is ingeschreven en als zodanig op het Bewijs van Inschrijving staat vermeld, daaronder begrepen de verzekeringnemer.

1.5 Verzekeringnemer

De persoon die met de verzekeraar een verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

1.6 Bewijs van Inschrijving

Het schriftelijk bewijs voor zowel de wettelijke verzekeringen als de verzekering zoals die door de verzekeraar is aangeboden. Op het Bewijs van Inschrijving staat vermeld welke soort verzekeringen van toepassing zijn.

1.7 Verzekeringsvoorwaarden

In de verzekeringsvoorwaarden, verder te noemen: de voorwaarden, zijn de algemene regels van de verzekering opgenomen en de bepalingen waaronder aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt.

1.8 Kalenderjaar

De periode lopend van 1 januari tot en met 31 december.

1.9 Arts

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat volgens de bepalingen als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: wet BIG).

1.10 Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.11 Medisch specialist

Een in Nederland gevestigd en praktiserend arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.12 Tandarts

Een in Nederland gevestigd en praktiserend tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de bepalingen als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Artikel 2 Afsluiten van de verzekering

Nieuwe aanmeldingen

1. Iedere nieuwe ziekenfondsverzekerde die zich bij Salland verzekeringen aanmeldt heeft het recht eenmalig een vrije keuze te maken voor de verzekering. Er vindt geen medische selectie plaats en er zijn geen nadere voorwaarden aan verbonden.

Het afsluiten van de verzekering

2. Ziektenfondsverzekerden kunnen schriftelijk, telefonisch of via internet een inschrijvingsverzoek voor de verzekering doen.
3. De verzekering van de verzekeraar kan alleen afgesloten worden in combinatie met inschrijving als verplicht ziekenfondsverzekerde bij Salland verzekeringen.
4. De verzekeringnemer, verzekerde in het kader van de Ziekenfondswet, sluit de verzekering voor zichzelf af en, voor zover van toepassing, voor zijn gezinsleden, medeverzekerden zoals omschreven in de Ziekenfondswet. De gekozen verzekering is voor alle op één Bewijs van Inschrijving vermelde verzekerden gelijk.
5. De verzekeringnemer dient voor de volgende verzekeringen aan een nadere voorwaarde te voldoen:
 - Salland Matspolis: niet ouder dan 26 jaar;
 - Salland Borgpolis: voor 65-plussers;
 - Salland Optimaal: een bijstandsuitkering ontvangen van een gemeente die een collectieve ziekenfondsverzekeringsovereenkomst met Salland verzekeringen is aangegaan;
 - Salland collectief Plus: een arbeidsovereenkomst hebben met een werkgever die een collectieve ziekenfondsverzekeringsovereenkomst met Salland verzekeringen is aangegaan;

- Salland collectief Top: een arbeidsovereenkomst hebben met een werkgever die een collectieve ziektefondsverzekeringsovereenkomst met Salland verzekeringen is aangegaan;
 - Salland Zorgsector: een arbeidsovereenkomst hebben met een werkgever uit de zorg die een collectieve ziektefondsverzekeringsovereenkomst met Salland verzekeringen is aangegaan.
6. Na beoordeling door de verzekeraar wordt de verzekering aangegaan op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer zijn verstrekt.
 7. Tijdens de duur van de verzekering geboren kind(eren) kunnen ongeacht de gezondheidstoestand meeverzekerd worden. Is het inschrijvingsverzoek niet binnen 2 maanden na de geboorte door de verzekeraar ontvangen, dan volgt inschrijving mogelijk eerst na medische selectie. Dit ter beoordeling van de verzekeraar. Met geboorte wordt in dit verband tevens gelijkgesteld het opnemen van pleeg- en adoptiekinderen in het gezin van de verzekeringnemer.
 8. De verzekeraar schrijft een verzekerde in op de eerste dag van de eerstvolgende maand na ontvangst van het inschrijvingsverzoek. Als inschrijving is verzocht voor zowel de ziektefondsverzekering als de verzekering, gaat de inschrijving in op de dag waarop op grond van de Ziektefondswet aanspraak op verstrekkingen kan worden gemaakt. Deze gelijktijdige inschrijving vindt echter niet plaats als een verzekerde met terugwerkende kracht als ziektefondsverzekerde wordt ingeschreven. In dat geval gaat de verzekering pas in op de ontvangstdatum van het inschrijvingsverzoek.
 9. De verzekeraar kan inschrijving in de verzekering weigeren indien:

- a. na beëindiging van een eerdere verzekering nog premie en/of eventuele kosten aan Salland verzekeringen verschuldigd is;
- b. misbruik en/of oneigenlijk gebruik van een eerdere verzekering is gemaakt.

Artikel 3 Duur van de verzekering

1. Bij inschrijving gaat men de verzekering aan voor de duur van één kalenderjaar.
2. Als de inschrijving in de loop van een kalenderjaar plaatsvindt, wordt de verzekering voor de duur van dat kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar aangegaan.
3. De verzekeraar verlengt de inschrijving stilzwijgend met een jaar, tenzij de verzekering wordt beëindigd als omschreven in artikel 5 van de voorwaarden.

Artikel 4 Wijzigingen

1. De voorwaarden, waaronder de premie, van de verzekering kunnen te allen tijde door de verzekeraar worden gewijzigd. Wijzigingen met betrekking tot de verzekering worden de verzekeringnemer schriftelijk meegedeeld en maken na bekendmaking onderdeel uit van de laatst vastgestelde voorwaarden van de verzekeraar.
2. Wijziging van de voorwaarden geeft de verzekeringnemer het recht over te stappen naar een andere verzekering van de verzekeraar. Het verzoek daartoe dient schriftelijk, binnen twee maanden na bekendmaking van de wijziging, aan de verzekeraar te worden gemeld. De wijziging van de verzekering wordt doorgevoerd met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van binnenkomst van

- het schriftelijke verzoek van de verzekeringnemer.
- De termijn in het vorige lid is niet van toepassing bij het overstappen naar een verzekering met een hogere dekking.
 - Zonder wijziging van de voorwaarden of de premie kan een verzekerde uitsluitend per 1 januari overstappen naar een andere verzekering van de verzekeraar. Het schriftelijk verzoek daartoe dient vóór 1 november door de verzekeraar te zijn ontvangen.
 - Wijziging van de verzekering naar een verzekering met een hogere dekking (bijv. Salland Plus naar Salland Top) is alleen mogelijk na medische selectie. Toelating kan eventueel aan nadere voorwaarden worden verbonden. Bij wijziging van de verzekering naar een verzekering met een lagere dekking (bijv. Salland Plus naar Salland Extra) is geen medische selectie van toepassing.
 - Wijziging van Salland Matspolis naar Salland Extra, Salland Plus of Salland Top is alleen mogelijk na medische selectie, tenzij sprake is van de situatie zoals bedoeld is in het zevende lid. Toelating kan eventueel aan nadere voorwaarden worden verbonden.
 - Bij het bereiken van de 27-jarige leeftijd van de verzekeringnemer of een van zijn medeverzekerde(n) wordt de Salland Matspolis door de verzekeraar zonder medische selectie gewijzigd naar Salland Plus. Deze wijziging gaat in op de eerste dag van de eerstvolgende kalendermaand na de kalendermaand waarin de verzekeringnemer of een van zijn medeverzekerde(n) 27 jaar is geworden en geldt voor zowel de verzekeringnemer als voor al zijn medeverzekerde(n).
 - Indien er in de verzekeringssituatie een wijziging van medeverzekering naar hoofdverzekering moet plaatsvinden, wordt de medeverzekering door de verzekeraar omgezet in een vergelijkbare hoofdverzekering. De verzekerde heeft de mogelijkheid om binnen twee maanden na berichtgeving van deze wijziging zonder medische selectie een andere aanvullende verzekering te kiezen.
 - Voor collectieve verzekeringnemers vervalt het recht op deelname aan een collectieve verzekering op het moment dat het dienstverband/uitkeringssituatie wordt beëindigd bij de werkgever/uitkeringsinstantie waarmee Salland verzekeringen een collectieve ziektenfondsverzekeringsovereenkomst is aangegaan. De verzekering wordt door de verzekeraar gewijzigd naar een vergelijkbare verzekering op individuele basis tegen de op dat moment geldende premie.
 - Indien er in de verzekeringssituatie een wijziging van een collectieve verzekering naar een individuele verzekering of van de Salland Matspolis naar de Salland Plus moet plaatsvinden, heeft de verzekerde de mogelijkheid om binnen twee maanden na berichtgeving van deze wijziging een andere aanvullende verzekering met een lagere dekking te kiezen. Met toepassing van medische selectie kan een verzekerde na deze wijziging ook kiezen voor een andere aanvullende verzekering met een hogere dekking. Bij deze keuzemogelijkheid is de twee maandentermijn niet van toepassing.
 - Bij de overgang van een collectieve verzekering naar een verzekering op individuele basis en bij de overgang van een individuele verzekering naar een verzekering op collectieve basis worden reeds genoten vergoedingen vanuit de collectieve dan wel individuele verzekering beschouwd als te zijn genoten als individueel dan wel collectief verzekerde. Hetzelfde geldt ter bepaling van het te betalen eigen risico aan de voet

- van de verzekering of ter bepaling van de gestelde maximaal uit te keren bedragen.
12. Bij een wijziging tussen de individuele aanvullende verzekeringen worden reeds genoten vergoedingen beschouwd als te zijn genoten in de nieuwe verzekering.

Artikel 5 Beëindiging van de verzekering

Verzekeraar

1. Als de ziekenfondsverzekering bij Salland verzekeringen eindigt, eindigt op hetzelfde moment tevens de verzekering. Met ingang van de einddatum van de verzekering bestaat geen recht meer op vergoeding. Reeds afgegeven machtigingen komen dan te vervallen.
2. De verzekeraar heeft het recht de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst in te roepen indien de gegevens bij het inschrijvingsverzoek onjuist, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn, of indien omstandigheden verzwegen worden welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, wanneer de verzekeraar van die omstandigheden kennis had gekregen.
3. Op de eerste dag van de eerstvolgende kalendermaand na de kalendermaand waarin de verzekeringnemer of een van zijn medeverzekerde(n) 27 jaar is geworden, beëindigt de verzekeraar de Salland Matspolis.
4. De verzekeraar beëindigt de inschrijving van een verzekerde voor de verzekering ook:
 - a. als een verzekerde niet meer in Nederland woont, tenzij deze in Nederland werkt of een uitkering geniet op grond waarvan recht op de ziekenfondsverzekering bestaat. De verzekering

- is ook van kracht bij tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende maximaal 6 maanden gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland (zie artikel 19.8);
- b. als een verzekerde niet meer voldoet aan de vereisten als gesteld in de Ziekenfondswet voor inschrijving als medeverzekerde;
- c. als een verzekerde niet, niet voldoende of te laat betaalt en er sprake is van schorsing van rechten gedurende 3 maanden als bedoeld in artikel 6;
- d. als een verzekerde naar oordeel van de verzekeraar niet alle inlichtingen verstrekt, als bedoeld in artikel 13 van de voorwaarden, die de verzekeraar noodzakelijk acht voor de uitvoering van de verzekering;
- e. als blijkt dat de verzekeraar schade lijdt door misbruik en/of oneigenlijk gebruik van de voorwaarden door een verzekerde als bedoeld in artikel 20.

Verzekeringnemer

5. De verzekeringnemer kan per 1 januari de verzekering beëindigen. De schriftelijke opzegging dient vóór 1 november van het kalenderjaar dat in artikel 3 wordt bepaald te zijn ontvangen.
6. Opzeggen na wijziging van de voorwaarden, waaronder de premie, kan indien sprake is van verhoging van de premie van de verzekering of als er sprake is van een zodanige wijziging van de voorwaarden dat een verzekerde minder rechten aan de verzekering kan ontnemen. Het verzoek daartoe dient schriftelijk, binnen twee maanden na bekendmaking van de wijziging, aan de verzekeraar te worden gemeld. De beëindiging wordt doorgevoerd met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van

binnenkomst van het schriftelijke verzoek van de verzekeringnemer. De in dit lid bedoelde opzegmogelijkheid ontstaat niet als de verzekeraar wijziging van de voorwaarden heeft doorgevoerd voortvloeiend uit een wettelijke regeling of bepaling.

Artikel 6 Betaling premie

1. De premie voor de verzekering wordt door de verzekeraar vastgesteld.
2. De premie wordt maandelijks in rekening gebracht, meestal tegelijk met de nominale premie die verschuldigd is voor de ziektefondsverzekering. Beide premies zijn bij vooruitbetaling verschuldigd. Dit betekent dat voorafgaande aan de maand waarover premie is verschuldigd deze moet zijn voldaan. Voor medeverzekerde kinderen tot 16 jaar is de verzekeringnemer geen premie voor de verzekering verschuldigd.
3. Automatische incasso van de verschuldigde premiebedragen is kostenbesparend. Betaling via acceptgiro is op verzoek mogelijk, doch de kosten ervan kunnen worden doorberekend.
4. De verzekeringssituatie op de eerste dag van de maand is bepalend voor de te betalen premie over die maand. Bij tussentijdse in-, uitschrijving of wijziging berekent de verzekeraar de nog te betalen of terug te betalen premie voor de verzekering vanaf de eerste van de maand, te rekenen vanaf de datum van in-, uitschrijving of wijziging.
5. Indien door toerekenbaar verzuim van een verzekerde premie in rekening wordt gebracht, bestaat géén aanspraak op terugbetaling.
6. Het door de verzekeraar niet of niet op tijd incasseren van de premie ontslaat de verzekeringnemer niet van zijn/haar verplichting tot premiebetaling.
7. De verzekeringnemer is niet bevoegd de te betalen premie te verrekenen met eventueel van de verzekeraar te vorderen vergoedingen.
8. Indien de verzekeraar met betrekking tot de premie (incasso)maatregelen treft, komen alle door verzekeraar gemaakte kosten van invordering zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk voor rekening van de verzekeringnemer.
9. Als de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen een termijn van 30 dagen voldoet, volgt een schriftelijke aanmaning waarbij schorsing van rechten uit de aanvullende verzekering wordt aangekondigd. Indien de verzekeringnemer binnen de in de aanmaning gestelde termijn niet alsnog zijn betalingsverplichting is nagekomen, wordt tot schorsing van rechten overgegaan.
10. De verzekeringnemer blijft ook gedurende de periode dat sprake is van schorsing van rechten verplicht de premie te voldoen. De achterstallige premie wordt vermeerderd met de wettelijke rente en invorderingskosten.
11. Het recht op vergoeding wordt weer van kracht op de dag volgend op die waarop de verzekeraar het verschuldigde bedrag aan premie, wettelijke rente en invorderingskosten heeft ontvangen.
12. Indien de verzekeringnemer binnen een termijn van 3 maanden na schorsing van rechten de achterstallige premie, wettelijke rente en invorderingskosten niet heeft voldaan, heeft de verzekeraar het recht op een door haar te bepalen tijdstip de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Het opnieuw inschrijven in de verzekering is dan slechts mogelijk na betaling van het schuldbedrag en na medische selectie. De inschrijving geschiedt per 1 januari van het volgende kalenderjaar.

Artikel 7 Recht op vergoeding

1. Een verzekerde heeft onder voorwaarden recht op vergoeding van de verstrekkingen zoals opgenomen en omschreven in de artikelen 17 t/m 19.22.
2. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien en zolang een verzekerde rechten aan de verzekering kan ontlenen, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken verstrekking is verleend. Vergoedingen genoten tijdens een periode waarin een verzekerde geen rechten aan de verzekering kon ontlenen, worden teruggevorderd.
3. De verzekeraar heeft het recht om de vergoeding waarop een verzekerde aanspraak kan maken op grond van de verzekering, rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener die de zorg heeft verleend. Met een zodanige betaling vervalt het recht op vergoeding aan de verzekerde.
4. Als een verzekerde nalaat inlichtingen te verstrekken of inlichtingen verstrekt die niet tijdig, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn, vervalt zijn recht op de volledige ingediende aanspraak op verstrekking en/of vergoeding. De reeds uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten kunnen door de verzekeraar worden teruggevorderd.

Het vragen om toestemming

5. In een aantal gevallen is, om voor een vergoeding van behandeling of therapie in aanmerking te komen, vooraf toestemming nodig van de verzekeraar. Voordat met de behandeling of therapie kan worden begonnen moet de verzekeraar deze toestemming schriftelijk hebben verleend.
De behandelend arts dient daartoe een

aanvraag met medische toelichting te zenden aan:

Salland verzekeringen
Afdeling Verstrekkingen
Postbus 166
7400 AD Deventer

De medisch adviseur, de tandheelkundig adviseur of de adviserend verpleegkundige van de verzekeraar beoordeelt vervolgens de aanvraag. Verzekerde ontvangt daarna schriftelijk bericht of de aanvraag wel of niet is toegewezen.

6. Is er door de verzekeraar telefonisch toestemming aan een verzekerde gegeven, dan kan deze slechts daarop een beroep doen indien de verzekeraar deze toestemming schriftelijk heeft bevestigd.
7. Als de verzekeraar (nog) geen toestemming heeft gegeven, is deze niet gehouden de vergoeding of bijdrage uit te keren.

Informatie en mededelingen

8. Informatie en/of mededelingen van de verzekeraar aan een verzekerde hebben pas een bindend karakter op het moment dat deze door de verzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.

Artikel 8 Hoogte van de vergoedingen

1. De hoogte van de vergoedingen is afhankelijk van de gekozen verzekering. Zie hiertoe de vergoedingenoverzichten per 1 januari 2005 per verzekering. De vergoedingenoverzichten dienen in samenhang met de voorwaarden te worden gelezen.
2. De verzekeraar vergoedt de verzekerde kosten volgens het tarief dat de verzekeraar is overeengekomen met de zorgverlener. Als geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar de kosten volgens het op dat

moment rechtsgeldige tarief. De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijk betaalde kosten.

3. Indien en voor zover de verzekeraar aan een zorgverlener meer vergoedt dan waar- toe zij gehouden is, verleent de verzeke- ringnemer door het sluiten van de verzeke- ring aan de verzekeraar een volmacht tot het innen van het onverschuldigd betaalde.

Artikel 8.1 Uitsluitingen

Een verzekerde krijgt niet vergoed de kosten:

1. die verband houden met een ziekte of een afwijking die al bestond voor of bij het tot- standkomen van de verzekering en waar- mee verzekerde bekend was of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan de verzekeraar. Deze bepaling is niet van toe- passing indien de verzekering zonder medi- sche selectie tot stand is gekomen;
2. van schriftelijke verklaringen, administra- tiekosten of kosten wegens het niet tijdig betalen van nota's van zorgverleners;
3. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico verschuldigd op grond van de wette- lijke verzekeringen, tenzij in de voorwaar- den anders is bepaald;
4. die veroorzaakt zijn door eigen grove schuld of opzet, ontstaan zijn bij deelname aan een misdrijf of zijn opgelopen bij het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport;
5. veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenland- se onlusten, oproer en muiterij volgens de definities zoals vastgesteld door het Verbond van Verzekeraars in Nederland;
6. bij atoomkernreacties, tenzij de radio-actie- ve stoffen zijn gebruikt voor medische ver- zorging.

Artikel 9 Indienen van nota's

1. Een verzekerde kan een vergoeding ontvan- gen door indiening van de originele nota's bij de verzekeraar. Computernota's dienen gewaarmerkt te zijn door de behandelende zorgverlener.
2. Originele niet-Nederlandstalige nota's dien- en op een zodanige wijze te zijn opge- maakt en/of door of namens verzekerde nauwkeurig te zijn vertaald, dat voor de verzekeraar duidelijk is welke vergoeding zij moet betalen. Bij gerede twijfel kan de ver- zekeraar van de verzekerde vertaling door een beëdigd vertaler verlangen. Vertaalkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
3. De in te dienen nota's moeten voorzien zijn van een volledig ingevuld en ondertekend declaratieformulier. Dient betaling plaats te vinden op een ander bank- of gironummer dan dient verzekerde dit op het declaratie- formulier aan te geven voorzien van een handtekening.
4. Nota's die in verband met het eigen risico (nog) niet voor vergoeding in aanmerking komen, worden pas in behandeling geno- men als het totaal aan betaalde nota's het eigen risico overschrijdt. Indienen van nota's heeft dus alleen zin als het totaalbe- drag meer is dan het eigen risico. Zie ook artikel 10.
5. Verzekerden dienen nota's samen met het declaratieformulier op te sturen naar:
Salland verzekeringen
Afd. Verstrekkingen groep Verzekerden
Postbus 166
7400 AD Deventer
6. Nota's moeten binnen 12 maanden na ont- staan van de kosten bij de verzekeraar zijn ingediend. Als een verzekerde naar oordeel

van de verzekeraar een overschrijding van de genoemde termijn in redelijkheid niet is toe te rekenen, kan de verzekeraar van bedoelde termijn afwijken en eventueel toch vergoeden.

7. Verzekerde ontvangt van de verzekeraar een vergoedingsoverzicht waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
8. De verzekeraar is bevoegd de vergoeding(en) van verzekerde kosten te verrekenen met alle vorderingen die zij, uit welke hoofde dan ook, op verzekeringnemer en/of verzekerde heeft.

Artikel 10 **Eigen risico en eigen bijdrage**

Soms geldt een 'eigen risico'. Bijvoorbeeld voor psychologische hulp en huidtherapie. De verzekeraar betaalt in deze gevallen de vergoeding uit onder aftrek van het van toepassing zijnde 'eigen risico'. Een eigen bijdrage geldt bij een vergoedingspercentage van minder dan 100% (zie ook artikel 16 voor wat betreft eigen bijdrage of eigen risico bij tandheelkundige hulp). Als de vergoeding beperkt is tot een vastgesteld maximum bedrag komen de kosten boven het gestelde maximum voor rekening van verzekerde.

Artikel 11 **Samenloop verzekeringen**

Als recht bestaat op vergoeding van kosten op grond van een andere verzekering (al dan niet van oudere datum of op grond van enige wet of andere voorziening) is de verzekering pas in de laatste plaats geldig. In dergelijke situaties komt alleen die schade voor uitkering in aanmerking die het bedrag te boven gaat waarop elders aanspraak gemaakt kan worden.

Artikel 12 Wijzigingen **Ziekenfondswet en/of AWBZ**

1. Als door wettelijke maatregelen een of meer in de verzekering opgenomen voorzieningen in de Ziekenfondswet of AWBZ worden opgenomen, vervallen de rechten op grond van de verzekering. De dan geldende eigen bijdrage komt niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de verzekering, tenzij dit nadrukkelijk wordt overeengekomen.
2. Als door wettelijke maatregelen gedurende de looptijd van de voorwaarden wijzigingen in de Ziekenfondswet of AWBZ doorgevoerd worden, vallen deze niet onder de voorwaarden tenzij de verzekeraar dit middels een wijziging als bedoeld in artikel 4 bekend maakt.

Artikel 13 Inlichtingenplicht

1. Verzekerde is verplicht tijdig al het mogelijke te doen om te zorgen dat de verzekeraar alle benodigde inlichtingen ontvangt voor het juist uitvoeren van de verzekering.
2. Mededelingen inzake geboorte, huwelijk, echtscheiding, overlijden, verhuizing, einde recht op de ziekenfondsverzekering en verandering van bank- of gironummer dient een verzekerde zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 30 dagen nadat de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk (waaronder elektronisch) aan de verzekeraar te melden.
3. Verzekerde verleent op verzoek van de verzekeraar medewerking aan een onderzoek door een door de verzekeraar aan te wijzen medisch adviseur, technisch adviseur of tandarts.
4. Kennisgevingen door de verzekeraar verzonden aan het laatstbekende adres worden geacht verzekerde te hebben bereikt.

Artikel 14 Aansprakelijkheid derden

1. Geneeskundige kosten ontstaan door een ongeval of letsel waaraan een ander schuldig is bevonden dan wel naar het oordeel van de verzekeraar aansprakelijk voor is, worden ter beoordeling van Salland verzekeringen verhaald op de tegenpartij.
2. Verzekerde is verplicht de verzekeraar alle inlichtingen over het in het eerste lid bedoelde ongeval of letsel te verstrekken en al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen de geneeskundige kosten op de tegenpartij te verhalen.
3. Zonder schriftelijke toestemming van Salland verzekeringen mag een verzekerde geen regeling omtrent door Salland verzekeringen betaalde geneeskundige kosten treffen met de aansprakelijk gestelde derde of diens verzekeringsmaatschappij.

Artikel 15 Vrijwaring van aansprakelijkheid

Salland verzekeringen is niet aansprakelijk voor geleden schade als gevolg van enige daad of nalatigheid van de persoon of de instelling tot wie of welke verzekerde zich heeft gewend voor een behandeling die voor rekening van de verzekering heeft plaatsgevonden.

Artikel 16 Extra service

Veel tandartsen sturen hun rekeningen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar. Betaling ervan wordt verzorgd. Als de tandarts een behandeling uitvoert c.q. heeft uitgevoerd die niet in aanmerking komt voor (volledige) vergoeding, komen de kosten alsnog voor rekening van verzekerde. Deze verschuldigde eigen bijdrage

wordt achteraf bij verzekerde in rekening gebracht. Betaling van deze bijdrage geschiedt op gelijke wijze als de betaling van de verschuldigde premie (zie artikel 6 lid 3).

Artikel 17 Ziekenvervoer

1. Reiskosten of ziekenvervoer verband houdende met behandelingen die geheel of gedeeltelijk voor rekening van de aanvullende verzekering komen, worden niet vergoed.
2. Het Salland Zorgsectorpakket vergoedt de wettelijke bijdrage die een verzekerde op grond van de Regeling ziekenvervoer ziekenfondswet moet betalen.
3. Voor de Salland Borgpolis gelden met betrekking tot zittend ziekenvervoer (bijv. auto of taxi) nadere voorwaarden. Deze worden u op verzoek toegezonden.

Artikel 18 Alternatieve geneesmiddelen/geneeswijzen

Alle vormen van alternatieve geneeswijzen als genoemd in dit artikel komen voor vergoeding in aanmerking. Het maximaal uit te keren bedrag is inclusief de vergoeding van alternatieve geneesmiddelen. De vergoeding bedraagt 75% van de kosten in één kalenderjaar. Maximaal wordt vergoed een bedrag zoals in de brochure Aanvullende Verzekeringen op Maat 2005 is beschreven bij de door verzekeringsnemer afgesloten aanvullende verzekering.

Alternatieve geneesmiddelen - geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen zijn geregistreerd en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker of apotheehouder huisarts. Vergoeding wordt alleen toegekend

indien het geneesmiddel is voorgeschreven door een daartoe bevoegde arts.

Vergoeding en beoordeling van kosten van geneesmiddelen en homeopatische middelen geschiedt volgens het landelijk besluit ziekenfondswet (Vektis farmacie). Alleen middelen die hier in staan komen voor beoordeling en eventuele vergoeding in aanmerking.

Acupunctuur – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als arts – acupuncturist en is ingeschreven in het register van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) of de Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting (NAAS) of een in Nederland gevestigde fysiotherapeut of tandarts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur.

Antroposofie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als antroposofisch arts en is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen.

Chiropractie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde chiropractor die is ingeschreven bij de Dutch Chiropractic Federation (DCF) of bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA).

Homeopathie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als homeopatisch arts en is ingeschreven in het register van de Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland.

Manuele geneeskunde – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als arts voor manuele geneeskunde

en lid is van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde.

Moerman therapie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als arts volgens de leer van Moerman.

Natuurgeneeswijzen – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als natuurarts en is ingeschreven in het register van de Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG).

Orthomanipulatie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als arts voor orthomanipulatie en is ingeschreven in het register van de Nederlandse Academie voor Orthopedische Geneeskunde of de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie.

Osteopathie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde osteopaat die is ingeschreven in het register van de Stichting Nederlands Register voor Osteopathie (NRO).

Artikel 19 **Flebologie en proctologie**

Flebologie en proctologie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde arts die praktiseert als fleboloog of proctoloog en staat ingeschreven als medisch specialist in het register van erkende medisch specialisten van de KNMG.

Behandeling van spataderen en aambeien door vrijgevestigde artsen die zich hierin gespecialiseerd hebben, doch niet erkend zijn als medisch specialist. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Artikel 19.1 Manuele therapie

Manuele therapie methode Van der Bijl, school Utrecht - behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde manueel therapeut(e) die als ES[®] gecertificeerd lid staat ingeschreven bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT) en behandelt volgens het systeem Van der Bijl, school Utrecht.

Manuele therapie methode Van der Bijl komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de huisarts of behandelend specialist voor deze vorm van therapie een verwijzing heeft afgegeven.

Artikel 19.2 Huidtherapie

Camouflagetherapie en -middelen
Camouflagetherapie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde camouflagist(e) die een overeenkomst met de verzekeraar heeft afgesloten.

Het aanleren van de camouflagetechniek door de camouflagist(e) tegen vastgesteld all-in tarief. Er bestaat alleen recht voor zover de behandeling zich beperkt tot het gelaat. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Camouflagemiddelen – de noodzakelijke camouflagemiddelen volgens een vastgestelde lijst. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Elektrische ontharing en laserontharing

Elektrische ontharing – behandelingen in het gelaat verricht door een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist(e) die een overeenkomst met de verzekeraar heeft afgesloten.

Laserontharing – behandelingen in het gelaat verricht door een door de verzekeraar erkende in Nederland gevestigde instelling die een overeenkomst met de verzekeraar heeft afgesloten.

Het verwijderen van abnormale haargroei in het gelaat, uitsluitend volgens de Blend-, hoogfrequentie- of lasermethode. Elektrische of laserontharing is een eenmalige verstrekking voor de totale duur van de behandeling, waarbij de eerste € 90,- voor rekening van verzekerde komt. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Huidtherapie

Huidtherapie – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde huidtherapeut(e) die een overeenkomst met de verzekeraar heeft afgesloten.

Functieverbetering bij littekens o.a. bij brandwonden, bestralingsdefecten en operatieve ingrepen, manuele lymfedrainage, oedeemtherapie en dieptepeeling. Huidtherapie is een eenmalige verstrekking voor de totale duur van de behandeling, waarbij de eerste € 90,- voor rekening van verzekerde komt. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Artikel 19.3 Pedicure bij suikerziekte (diabetes mellitus)

Behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde pedicure die een overeenkomst met de verzekeraar heeft afgesloten, en beschikt over het certificaat diabetische voet.

Verzekerden die lijden aan diabetes mellitus (suikerziekte) hebben recht op vergoeding van de behandelkosten van een diabetische voet.

Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk. Zie vergoedingenoverzicht voor de hoogte van het maximaal te vergoeden bedrag.

Artikel 19.4 **Psoriasis dagbehandeling**

Behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde instelling die gespecialiseerd is in poliklinische kuurbehandelingen ten behoeve van ernstige vormen van psoriasis.

Artikel 19.5 Paramedische hulp

Fysiotherapie en oefentherapie

- a. **Fysiotherapie, manuele therapie en oedeemtherapie** – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde fysiotherapeut(e), met wie de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten, die als fysiotherapeut(e) geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) en als manueel- en/of oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- b. **Oefentherapie Cesar** – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde oefenherapeut(e) Cesar, vallend onder artikel 34 van de wet BIG en die met de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.
- c. **Oefentherapie Mensendieck** – behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde oefenherapeut(e) Mensendieck, vallend onder artikel 34 van de wet BIG en die met de verzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten.
- d. Verzekeraar vergoedt de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie,

oedeemtherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck die zijn voorgeschreven door de behandelend arts van de verzekerde.

- e. **Verzekerden van 18 jaar en ouder.** Vergoeding van de eerste 9 behandelingen chronische therapie per indicatie, conform de zogenaamde lijst Borst, vindt plaats vanuit de verzekering. Hierna vindt vergoeding plaats vanuit de Ziekenfondswet. Vergoeding van behandelingen niet-chronische therapie per indicatie vindt plaats vanuit de verzekering.
- f. **Verzekerden jonger dan 18 jaar.** In de wettelijke verzekering (Ziekenfondswet) bestaat slechts recht op een beperkt aantal behandelingen. Vergoeding van de kosten van vervolghandelingen is alleen mogelijk als de kosten van behandeling niet meer ten laste komen van de wettelijke verzekering.

Stottertherapie Del Ferro – De Pauw – Instituut Natuurlijk Spreken

Behandelingen verricht door in Nederland gevestigde therapeuten die stottertherapie verlenen volgens de hierboven genoemde methoden.

Stottertherapie volgens de methode Del Ferro, de Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken komt voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Methode van Dixhoorn

Behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde behandelaar die adem- en ontspanningstherapie verleent volgens de hierboven genoemde methode.

Kosten verband houdend met de adem- en ontspanningstherapie volgens de Methode Van Dixhoorn. Deze therapie wordt veelal gezien

als een aanvulling op therapievormen als fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en logopedie.

Artikel 19.6 Psychologische hulp of Haptotherapie

Psychologische hulp - behandelingen verricht door een in Nederland vrijgevestigde psycholoog, die als ROEP-lid is geregistreerd en ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Haptotherapie - behandelingen verricht door een in Nederland gevestigde hapto-therapeut(e) die is ingeschreven bij de Vereniging van Haptotherapeuten.

Na verwijzing van de huisarts kan naar keuze aanspraak gemaakt worden op een bijdrage in de kosten van behandeling door òf een eerste-lijns psycholoog òf een haptotherapeut. De aanspraak op de tegemoetkoming is beperkt tot een van beide vormen en gemaximeerd tot het in het vergoedingsoverzicht gestelde bedrag.

Artikel 19.7 Psychotherapie

1. Psychotherapie verricht door een in Nederland gevestigde psychotherapeut(e) of psychiater die een overeenkomst met het zorgkantoor in de regio van de woonplaats van verzekerde heeft afgesloten, en waar verzekerde voorafgaand aan de aanvraag in behandeling was. Ook komt psychotherapie door een psychotherapeut(e) in dienst van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg waarmee het zorgkantoor in de regio van de woonplaats van verzekerde een overeenkomst in het kader van de AWBZ heeft afgesloten, en waar verzekerde voor-

afgaand aan de aanvraag in behandeling was, voor vergoeding in aanmerking.

2. Het betreft behandelingen psychotherapie die aanvullend nodig zijn op het maximaal aantal behandelingen die vanuit de AWBZ worden vergoed. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk. De behandelend psychotherapeut of psychiater dient daartoe schriftelijk de noodzakelijkheid van de vervolghandelingen aan de verzekeraar te onderbouwen.
3. De hoogte van de vergoeding is het AWBZ-tarief dat tussen de behandelend psychotherapeut of psychiater en het zorgkantoor in de regio van de woonplaats van verzekerde is overeengekomen. Op dat AWBZ-tarief wordt de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage psychotherapie in mindering gebracht. Zodoende komt hetzelfde bedrag per behandeling voor rekening van verzekerde als dat het geval was bij de behandelingen vanuit de wettelijke verzekering (AWBZ).

Artikel 19.8 Spoedeisende hulp in het buitenland

Europa en verdragslanden

Salland verzekeringen vergoedt de kosten van spoedeisende medische zorg tijdens vakantie-, studie-, zakelijk- of ander tijdelijk verblijf in het buitenland. Onder spoedeisende medische hulp wordt verstaan hulp die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland. Onder tijdelijk verblijf wordt verstaan max. 6 maanden, gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland. In Europa en verdragslanden worden alle kosten vergoed. De verdragslanden zijn: Australië, België, Bosnië-Herzegowina, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, IJsland, Italië, Kaap-Verdië, Kroatië, Letland,

Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Macedonië, Malta, Marokko, Montenegro, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Servië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Tunesië, Turkije, Verenigd Koninkrijk (Groot Britannië, Noord-Ierland en Gibraltar), Zweden en Zwitserland.

Werelddekking

Buiten deze landen mogen de kosten worden opgeteld en worden vergoed tot een maximum per kalenderjaar. De kosten uitgaande boven het dekkingsmaximum blijven voor rekening van verzekerde. De vergoeding geldt uitsluitend voor kosten die de verzekeraar ook zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt en geschiedt met de beperking die, indien deze verzekering niet bestond, is opgenomen in artikel 11.

Spoedeisende hulpverlening omvat:

- a. ziekenhuisopname;
- b. medische hulp verleend door een huisarts of medisch specialist;
- c. geneesmiddelen, uitsluitend op recept van arts of medisch specialist;
- d. tandheelkundige hulp als sprake is van acute pijnklachten. Geen vergoeding voor nieuwe gebitsprothesen, kronen en/of bruggen;
- e. medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar de dichtstbijzijnde arts of het meest nabij gelegen ziekenhuis;
- f. medisch noodzakelijke repatriëring. Onder repatriëringskosten verstaan kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval;
- g. de kosten voor organisatie van hulpverlening door de op het Bewijs van Inschrijving genoemde ANWB Alarmcentrale, tel: +31 (70) 314 57 57;

- h. de vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

ANWB Alarmcentrale

Verzekerde dient binnen 24 uur, of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, na ziekenhuisopname, of na duidelijk is dat de kosten hoog zijn of dat het beroep op hulpverlening onder sub f, g, of h valt, daarvan melding te doen aan de **ANWB Alarmcentrale**. Bel (of laat bellen) met het nummer **+31 (70) 314 57 57** voorafgegaan door het internationaal toegangsnummer. De ANWB Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Zij zorgen onder andere voor de noodzakelijke garantieverklaring. De verzekeraar kan besluiten tot repatriëring. Kosten verband houdende met de hulpverlening via de ANWB Alarmcentrale inzake: ziekenhuisopname, repatriëring, medische begeleiding, toezending medicijnen of hulpmiddelen en vervoer stoffelijk overschot, komen alleen in aanmerking voor vergoeding wanneer vooraf contact is opgenomen met de Alarmcentrale en de hulpverlening via deze centrale is geregeld en akkoord is bevonden.

Nota's

In aanvulling op hetgeen in artikel 9 is bepaald, dienen bij declaratie van de gemaakte kosten de originele nota's te worden overlegd met de daarbij behorende, door de behandelend arts afgegeven, recepten en medische attesten. Voor een snelle uitbetaling van nota's is verder nodig dat verzekerde een volledig ingevuld en ondertekend declaratieformulier buitenlandse nota's bijsluit. Verzekerden dienen de nota's en het declaratieformulier op te sturen naar:

Salland verzekeringen

Afd. Verstrekkingen groep Verzekerden

Postbus 166

7400 AD Deventer

Uitsluitingen

Een verzekerde krijgt de kosten voor spoedeisende hulp niet vergoed als:

- de hulpverlening het gevolg is van een vooropgezette bedoeling om behandeling in het buitenland te verkrijgen;
- voor vertrek naar het buitenland redelijkerwijs bekend is dat geneeskundige hulp nodig is in verband met bestaande klachten of verergering van bestaande klachten;
- de hulpverlening verband houdt met de beoefening van wedstrijd sport, met de beoefening van gevaarlijke sporten en/of bergtochten die niet zonder bezwaar voor onge oefenden beoefenaar dan wel begaanbaar zijn en met de beoefening van alle soorten wintersport, uitgezonderd sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste.

Artikel 19.9 Bijzondere hulp

Bijkomende kosten bij transplantaties

Bijzondere kosten in verband met een orgaantransplantatie komen voor vergoeding in aanmerking. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Therapeutisch zwemmen

Op advies van de behandelend arts kunnen reumapatiënten (Bechterew) zwemmen in extra verwarmd water. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Begeleiding bij levensbedreigende ziektes

Vergoeding van professionele begeleiding voor verzekerde met levensbedreigende ziekte(s). De hulp strekt zich ook uit voor de partner van verzekerde. De begeleiding dient verleend te worden door een daarvoor door de verzekeraar

erkende instelling. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Artikel 19.10 Anti-conceptie-middelen

1. Deze genees- en hulpmiddelen hebben alleen betrekking op anticonceptionele doeleinden voor eigen gebruik, die zijn voorgeschreven door huisarts of medisch specialist en geleverd zijn door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
2. Vergoeding geldt voor pil, prikpil, anti-conceptiering, implanon implantaatstaafje, anti-conceptiepleister, pessarium en spiraal.
3. Niet in lid 2 opgenomen middelen kunnen met (medische) toelichting de verzekeraar ter beoordeling worden voorgelegd. De verzekerde ontvangt na beoordeling bericht of desbetreffend middel wel of niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Artikel 19.11 Geneesmiddelen (Eigen Bijdrage Geneesmiddelen Vergoedingssysteem)

Als de arts een geneesmiddel voorschrijft waarvan de prijs meer bedraagt dan het wettelijk vastgestelde maximum, betaalt de verzekeringnemer het verschil zelf bij. In de meeste situaties kan de arts een vervangend middel voorschrijven waarvoor geen bijbetaling verschuldigd is. Kan de arts geen vervangend middel voorschrijven met een gelijkwaardige werking, dan wordt de bijbetaling vergoed, mits verzekeraar vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend. De behandelend arts moet een aanvraag indienen waaruit duidelijk blijkt dat langdurig gebruik van het geneesmiddel noodzakelijk is. Voorts moet aangegeven worden op welke medische gronden geen vervangend

geneesmiddel kan worden voorgeschreven dat wel volledig voor rekening van de wettelijke verzekering (de Ziekenfondswet) mag worden afgeleverd.

Artikel 19.12 Hulpmiddelen

De verzekering geeft recht op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de aanschafkosten van (medische) hulpmiddelen zoals deze vermeld staan in de wettelijke Regeling hulpmiddelen 1996. Voorwaarde is dat het hulpmiddel wordt aangeschaft bij een leverancier waarmee Salland verzekeringen een overeenkomst heeft afgesloten. Naast hulpmiddelen uit de wettelijke regeling bestaat de mogelijkheid tot vergoeding (geheel of gedeeltelijk) van de volgende hulpmiddelen:

Brillen en lenzen

Verzekerde kan eenmaal per drie kalenderjaren een nota indienen voor een tegemoetkoming in de kosten van een bril of lenzen. Ten aanzien van systeemplenzen kan een verzekerde met het Zorgsectorpakkett per 3 kalenderjaren meerdere nota's indienen. De vergoeding vindt alleen plaats als de sterkte van het glas of de lens ten minste 2 of 4,25 (Matspolis) dioptrie bedraagt. De dioptrievoorwaarde is niet van toepassing op de verzekeringen Salland Zorgsector en Salland Optimaal.

Pruiken

In de Regeling hulpmiddelen 1996 is met betrekking tot de aanschaf van een pruik een vergoedingslimiet bepaald. Wanneer de aanschaffingskosten hoger zijn dan het wettelijke vergoedingslimiet, heeft een verzekerde op basis van de verzekering recht op een tegemoetkoming van het verschil tussen de aanschaffingskosten en het limietbedrag (wettelijke eigen bijdrage).

Plaswekker

De apparatuur stelt de verzekeraar eenmalig ter beschikking voor een periode van ten hoogste drie maanden. In combinatie met ziekenhuisopname kan voor een periode van ten hoogste drie maanden een tweede vergoeding plaatsvinden. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Hoorapparaten

De Regeling hulpmiddelen 1996 vergoedt de aanschaf van een hoortoestel tot een vastgestelde vergoedingslimiet. Wanneer de aanschaffingskosten hoger zijn dan het wettelijke vergoedingslimiet, heeft een verzekerde op basis van de verzekering recht op een tegemoetkoming van het verschil tussen de aanschaffingskosten en het limietbedrag (wettelijke eigen bijdrage).

Huur medische apparatuur

Indien de wettelijke regeling de huur van medische apparatuur niet vergoedt, kan tot vergoeding van huur van deze apparatuur worden over gegaan. Hierbij valt te denken aan CPM-apparatuur, bewakingsmonitoren voor baby's, uitzuigapparatuur etc. Toestemming van de verzekeraar is noodzakelijk.

Psoriasis thuisbehandeling

Psoriasispatiënten hebben recht op een bijdrage in de kosten van de huur of aankoop van een UV-B-bestralingsunit. Vergoeding vindt uitsluitend plaats na aanvraag van de behandelend dermatoloog (huidarts). Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Podotherapie en steunzolen

Verzekerden hebben recht op een bijdrage in de kosten van consult, behandeling, steunzolen

len, voetbedden en inlays. Vergoeding vindt plaats op voorwaarde dat bedoelde hulp of behandeling is verleend door orthopedische schoentechnici aangesloten bij de Nederlandse Vereniging Orthopedische Schoentechnici (NVOS), door podotherapeuten aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, door podologen aangesloten bij het Landelijk Overkoepelend Orgaan van de Podologie (LOOP) of door orthopedische instrumentmakers aangesloten bij Orthobanda.

Soft Collar (zachte halskraag)

Een zachte halskraag, voorgeschreven door de behandelend arts, word vergoed.

Soft braces

Gewrichtsondersteuning door middel van zachte braces komt voor vergoeding in aanmerking als de behandelend arts het dragen hiervan heeft voorgeschreven.

Pijnverminderingssapparaat bij bevalling

Deze apparatuur kan gedurende maximaal vijf weken rond de bevalling worden gehuurd. De huurkosten worden vergoed als de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. U kunt dit aanvragen bij Kraamzorg Service Salland, tel. (0570) 68 74 70.

Heupprotectoren

Tegemoetkoming in de kosten van beschermkappen indien er een verhoogd valrisico bestaat. De aanvraag dient vooraf plaats te vinden door een behandelend arts.

Verpleegartikelen

Een tegemoetkoming in de huurkosten van verpleegartikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen indien deze niet meer

op grond van de AWBZ (na zes maanden) worden vergoed.

Artikel 19.13 Kraamzorg

Een verzekerde heeft recht op kraamzorg en kan zich hiervoor aanmelden bij de Salland Servicelijn, tel. (0570) 68 74 70. Bij de Salland Servicelijn kan een verzekerde terecht met alle vragen rondom de kraamzorgperiode.

Uitkering bij kraamzorg

Bij kraamzorg thuis bestaat recht op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage. Verzekerde dient hiervoor de originele nota van het kraamcentrum in bij de verzekeraar.

Uitgestelde kraamzorg

Op verzoek van de verzekeringnemer kan na een ziekenhuisopname van zes of meer dagen in verband met een bevalling uitgestelde kraamzorg worden verleend. Deze uitgestelde kraamzorg is beperkt tot maximaal 16 uur, verdeeld over ten hoogste 3 dagen in overleg met het kraamcentrum. Toestemming vooraf kunt u aanvragen bij Kraamzorg Service Salland, tel. (0570) 68 74 70.

Kraampakket

De verzekeringnemer heeft recht op een kraampakket. Dit wordt geregeld via Kraamzorg Service Salland, tel. (0570) 68 74 70.

Artikel 19.14 Preventie

Vaccinatie en malariatabletten

Bij tijdelijk verblijf in een tropisch gebied i.v.m. vakantie komen de door de GGD en Travel Health Clinic geadviseerde vaccinaties en malariatabletten voor vergoeding in aanmerking.

Gezondheids cursussen

Cursussen die gericht zijn op het helpen voorkomen van ziekte of om leefgewoonten te verbeteren komen voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking: stoppen met roken, gezond eten, omgaan met stress en spanning, zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek. Alleen cursussen georganiseerd door de Thuiszorg of het RIAGG komen voor deze vergoedingsregeling in aanmerking. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Artikel 19.15 Second opinion

De kosten in verband met het raadplegen van een andere specialist dan de behandelend specialist wanneer een ingrijpende behandeling wordt voorgesteld, worden volledig vergoed in de situatie dat de huisarts niet bereid is voor een tweede mening een nieuwe verwijskaart af te geven (deze regeling geldt niet voor tandheelkundige hulp). Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Artikel 19.16 Sport Medisch Advies

Afhankelijk van de gekozen verzekering worden per kalenderjaar de kosten van één blessureconsult, één herhalingsconsult en één preventieconsult vergoed. Een (groot) sport medisch onderzoek komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 19.17 Tandheelkundige hulp

Tandheelkunde

Een verzekerde heeft recht op vergoeding van de meest voorkomende tandheelkundige behandelingen die door tandartsen die een

overeenkomst met Salland verzekeringen hebben gesloten worden uitgevoerd. Voor alle tandheelkundige verrichtingen zijn door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) tarieven vastgesteld. Deze tarieven zijn gekoppeld aan zogeheten UPT-codes (= Uniforme Particuliere Tarieven Tandheelkunde). Voor zover niet anders is aangegeven en met inachtneming van het gestelde onder artikel 11 komen alle UPT-codes voor vergoeding in aanmerking.

- Salland Extra vergoedt geen techniekkosten.
- Salland Plus en Salland Matspolis vergoeden uitsluitend techniekkosten voor prothetische hulp.
- Code C90 (het niet nakomen van een afspraak) en I-codes (implantaten) worden niet vanuit de verzekering vergoed.
- D-codes (orthodontie) worden voor verzekerden vanaf 18 jaar niet vergoed, tenzij verzekerd voor het Salland Zorgsectorpakket.

Kunstgebitten/gebitsprothesen

De ziekenfondsverzekering vergoedt 75% van de kosten van een volledig boven- en/of ondergebit. De verzekering geeft recht op een bijdrage in de voor rekening van verzekerde komende kosten. Ook bij reparatiekosten van een volledig boven- en/of ondergebit kan vanuit de verzekering aanspraak gemaakt worden op een tegemoetkoming in de kosten (de reparatiekosten van een gedeeltelijke gebitsprothese worden vergoed vanuit het onderdeel tandheelkunde).

Tandheelkunde bij ongevallen

Een verzekerde heeft gedurende de verzekering recht op vergoeding van tandheelkundige hulp na een ongeval. Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een door toedoen van een ander persoon en onafhankelijk van de wil van een verzekerde plotselinge inwerking van

geweld op dan wel in het lichaam, dat rechtstreeks en uitsluitend de oorzaak is van medisch aantoonbaar lichamelijk letsel. Recht op vergoeding bestaat indien:

- de verzekerde het ongeval schriftelijk meldt aan de verzekeraar, en;
- de verzekerde bij de melding het behandelplan en begroting van de kosten van de behandelend tandarts voegt en;
- de verzekeraar de behandeling vooraf goedkeurt en;
- het ongeval na 1 januari 2002 heeft plaatsgevonden.

Artikel 19.18 Orthodontie tot 18 jaar (gebitsregulatie)

Orthodontische hulp (beugels e.d.) komt alleen voor vergoeding in aanmerking als behandeling noodzakelijk is op grond van een indicatie die voldoet aan de in de 'Index of Orthodontic Treatment Need' categorie 3, 4 of 5 gestelde normen. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Artikel 19.19 Thuiszorg

Nachtelijke thuiszorg stervenden

Deze regeling biedt vergoeding van de kosten van vrijwilligershulp via de Stichting Terminale Thuiszorg of vergelijkbare instellingen. De vergoedingsregeling geldt voor een periode van maximaal een maand. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Thuiszorg bij zware belasting

Chronisch zieken en volledig afhankelijke patiënten die door het ziekteverloop tijdelijk extra hulp nodig hebben, kunnen meer thuiszorg of ondersteuning krijgen boven de door het indicatie-orgaan aantal geïndiceerde uren.

Ook in situaties waarin de partner de verzorging verleent, kan deze tijdelijke extra zorg worden verleend als bijzondere omstandigheden dit noodzakelijk maken. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Gezinszorg

Als bij ernstige ziekte van de verzorgende ouder in gezinnen met kinderen tot 12 jaar gezinszorg nodig is, bestaat aanspraak op een tegemoetkoming in de inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Vervangende mantelzorg

Voor mantelzorgers (verzekerden) die dagelijks de verzorging van een thuiswonende gehandicapte, chronisch zieke, of dementerende op zich nemen bestaat de mogelijkheid om tijdens vakantie voor vervangende mantelzorg in aanmerking te komen. Hiervoor kan hulp ingeschakeld worden van de Stichting thuisverzorging van gehandicapten in Houten, tel. (030) 659 09 70. De vergoeding geldt eenmaal per kalenderjaar voor maximaal 15 dagen. De verzekerde dient vooraf toestemming aan de verzekeraar te vragen.

Artikel 19.20 Verblijf buitenshuis

Therapeutische kampen en ontspanningsoorden

Voor astmatische kinderen die tijdelijk in een therapeutisch kamp verblijven, bestaat aanspraak op een bijdrage in de verblijfkosten. Ook voor verblijf in een ontspanningsoord voor kinderen die lijden aan suikerziekte e.d. wordt deze bijdrage toegekend. De bijdrage geldt voor maximaal zes weken per kalenderjaar. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Kuuroorden voor ernstige reumapatiënten

Het kuren in kuuroorden komt gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking voor verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis. De verzekeraar kan de vergoeding beperken tot door haar aan te wijzen kuuroorden. De tegemoetkoming wordt ten hoogste eenmaal per kalenderjaar toegekend voor telkens een periode van drie weken, mits de reumatoloog de reuma-kuur heeft geadviseerd. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Verblijf in aan ziekenhuizen verbonden logeerhuizen

Vergoeding van verblijfkosten van de ouder(s)/ verzorger(s) in een logeerhuis in verband met ernstige ziekte van een thuiswonend, minderjarig, mede-verzekerd kind, dan wel in verband met opname van een (mede)verzekerd gezinslid, bestaat aanspraak op vergoeding van de verblijfkosten.

Verblijf in een hospice

Verzekerden hebben recht op een bijdrage in de kosten van verblijf in een hospicevoorziening. Hospices zijn voorzieningen voor kortdurende opvang van terminale patiënten in een specifiek daarvoor ingerichte omgeving zoals Bijna Thuis Huizen, de zelfstandige hospices of hospice-units bij verpleeg- en ziekenhuizen. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Psoriasis dagbehandeling

Op aanvraag van de dermatoloog (huidarts) bestaat aanspraak op een tegemoetkoming in de kosten van poliklinische kuurbehandelingen. Per kalenderjaar bestaat recht op vergoeding van maximaal 30 behandelingen. Op een vervolgaanvraag kan eventueel toestemming worden verleend voor nog eens twaalf behandelin-

gen. Toestemming vooraf van de verzekeraar is noodzakelijk.

Artikel 19.21 Ziekenbezoek

Bij langdurige ziekenhuisopname bestaat aanspraak op een tegemoetkoming in de kosten van ziekenbezoek. Nadere voorwaarden:

- a. de verzekerde is langer dan twee weken opgenomen in een erkend ziekenhuis in Nederland;
- b. met ingang van de derde week dat de opname voortduurt bestaat recht op vergoeding;
- c. het ziekenhuis is gelegen op ten minste 40 km afstand van de vaste woon- of verblijfplaats van de verzekerde;
- d. het ziekenhuisverblijf komt ten laste van de ziekenfondsverzekering;
- e. de tegemoetkoming geldt alleen bij bezoek aan een inwonend gezinslid of de partner.

Artikel 19.22 Servicepakket

Diverse diensten, extra service en kortingen gericht op wonen, zorg en welzijn.

Op basis van de verzekering, uitgezonderd de Salland Mini, Salland Matspolis en Salland Extra, is een verzekerde automatisch abonnee van het Servicepakket van Carinova. Informatie, aanmelding, registratie en verwijzing naar de verschillende diensten en cursussen vindt plaats via de Salland Servicelijn, telefoon (0570) 68 74 70. Bij beëindiging van de verzekering vervalt, met terugwerkende kracht tot de einddatum van de verzekering, het recht gebruik te maken van het abonnement op het Servicepakket.

Artikel 20 Misbruik en oneigenlijk gebruik van de verzekering

1. In het kader van misbruik en oneigenlijk gebruik onderwerpt Salland verzekeringen ingediende nota's en behandelingen aan een strenge controle. Zo worden onduidelijke nota's niet in behandeling genomen, wordt de aanwezigheid en geldigheid van het Bewijs van Inschrijving gecontroleerd en wordt regelmatig gecontroleerd of behandelingen ook daadwerkelijk hebben plaatsgevonden.
2. Overeenkomstig artikel 12 kan de verzekeraar de verzekerde hierover inlichtingen vragen.
3. Indien misbruik en/of oneigenlijk gebruik door de verzekeraar wordt geconstateerd, wordt dit conform de sanctiemogelijkheden die zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland afgehandeld.

Artikel 21 Registratie persoonsgegevens

Salland verzekeringen registreert gegevens over haar verzekerden. De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten. Verder voor het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik van de voorwaarden en van activiteiten gericht op het vergroten van het klantenbestand. Deze registratie valt onder de Wet bescherming persoonsgegevens. Salland verzekeringen heeft daarom een privacyreglement opgesteld. Dit reglement ligt bij de verzekeraar ter inzage.

Artikel 22 Recht en klachten

1. Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
2. Voor opmerkingen of suggesties is de afdeling Cliëntenservice van Salland verzekeringen bereikbaar onder tel. (0570) 68 74 84. Suggesties en opmerkingen worden zeer gewaardeerd en wellicht kunnen wij daarmee in de toekomst een nog betere service bieden.
3. Met klachten over beslissingen van de verzekeraar in het kader van de verzekering kan de verzekerde zich binnen 6 weken na bekendmaking van de beslissing schriftelijk wenden tot de Commissie van Bezwaar van Salland verzekeringen, Postbus 166, 7400 AD Deventer.
4. Bij blijvend verschil van mening kan een beroep worden gedaan op de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, tel. (030) 698 83 60. De ombudsman heeft tot taak te bemiddelen tussen klager en zorgverzekeraar.

Artikel 23 Slotbepaling

In alle gevallen waarin de voorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.

Artikel 24 Ingangsdatum verzekeringsvoorwaarden

De voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2005 en vervangen de voorgaande versie.

Inlichtingen

Salland verzekeringen

Bezoekadres:

Munsterstraat 6, Deventer
Geopend op werkdagen van 08.00 - 17.00 uur

Postadres:

Postbus 166
7400 AD Deventer

Telefoon algemeen: (0570) 68 70 00

Telefoon cliëntenservice: (0570) 68 74 84

Telefax: (0570) 68 73 00

Internet: www.salland.nl

Verdere informatie

Spreekuren adviseurs

Mevrouw A.J. Schrooyen (arts) (0570) 68 73 84,
de heer J.P.M. Verhoeven (adviserend tandarts)
(0570) 68 73 84 en mevrouw G. Weber (advise-
rend verpleegkundige) (0570) 68 73 05 houden
spreekuur op kantooradres Munsterstraat 6 te
Deventer, uitsluitend na telefonische afspraak.

Brievenbussen Salland verzekeringen

Bij de meeste apotheken in en rondom Deventer en bij het kruisgebouw te Twello zijn brievenbussen geplaatst om gratis poststukken aan Salland verzekeringen te sturen. Vermeld duidelijk uw naam en inschrijffnummer. Deze brievenbussen worden minimaal eenmaal per week gelicht.

Spreekuren

Salland verzekeringen houdt met het mobiele kantoor spreekuur te:

plaats	week	dag en tijd	locatie
Apeldoorn	wekelijks	di. 14.30 – 16.00	Marktplein
Apeldoorn	wekelijks	do. 09.00 – 10.00	Winkelcentrum 't Fort
Bathmen	oneven week	do. 11.00 – 12.00	Sporthal
Colmschate (Deventer)	even week	di. 12.30 – 13.30	parkeerplaats "De Scheg"
Gorssel	oneven week	wo. 13.00 – 14.00	Trefpunt
Holten	wekelijks	vr. 08.30 – 10.30	Boschkampstraa t.o. Irenegebouw
Keizerslanden (Deventer)	oneven week	do. 13.00 – 14.00	Hoek v. Hetenstraat/ v. Vredestraat
Olst	even week	do. 11.00 – 12.00	parkeerplaats Kerkplein
Raalte	wekelijks	wo. 09.00 – 12.00	Klompmakershof
Twello	wekelijks	ma. 11.30 – 12.30	Marktplein
Twello	wekelijks	do. 15.00 – 16.00	Marktplein
Vijfhoek (Deventer)	oneven week	ma. 11.30 – 12.30	Winkelcentrum Vijfhoek
Zandweerd (Deventer)	even week	do. 13.00 – 14.00	Hoek Joh. v. Vlotenlaan/Schuilingsstraat



2005

Salland verzekeringen

Munsterstraat 6
7418 EV Deventer
Telefoon (0570) 68 74 84
Telefax (0570) 68 73 00
www.salland.nl