

Algemene voorwaarden 2010

Aanvullende verzekering
(inclusief tandverzekeringen)

Geachte verzekerde,

Dit zijn de algemene voorwaarden die van toepassing zijn op de polisvoorwaarden van de Agis aanvullende verzekeringen en TakeCareNow! aanvullende verzekeringen inclusief de tandverzekeringen. In de polisvoorwaarden 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 voorwaarden. Voor de lijst van aanspraken verwijzen wij naar de polisvoorwaarden van de afzonderlijke Aanvullende verzekeringen. De algemene voorwaarden hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Ook kunt u in de algemene voorwaarden lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvoor bij ons wilt indienen.

Begripsomschrijvingen

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

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie is bedoeld om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er toch situaties denkbaar waarin geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen (artikel 17 van de algemene voorwaarden). Daarnaast kunnen in de lijst van verstrekkingen nog uitsluitingen zijn opgenomen. U vindt die dan onder "Bijzonderheden".

Agis Zorgverzekeringen

Oktober 2009

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	4
2	Begin van de aanvullende verzekering	11
3	Einde van de aanvullende verzekering	11
4	Omvang van de dekking	12
5	Toestemming en verwijzing	12
6	Afhandeling schade en declaraties	13
7	Afspraken met zorgverleners	13
8	Zorgverlenersinformatie en wachtlijstbemiddeling	13
9	Premiebetaling en overige financiële verplichtingen	14
10	Wijziging van pakket	15
11	Wijziging van premie of voorwaarden	16
12	Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde	16
13	Letselschadeservice	17
14	Fraude	17
15	Geschillenregeling	17
16	Verwerken persoonsgegevens	18
17	Uitsluitingen	18
18	Ingangsdatum polisvoorwaarden	19

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvraagformulier:

Verzoek tot het sluiten van een aanvullende verzekering.

Aanvullende verzekering:

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

Agis Zorgverzekeringen:

De tussen Agis Zorgverzekeringen N.V. en verzekeringnemer ten behoeve van zichzelf en/of (een) andere verzekeringsplichtige(n) gesloten zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Apotheker:

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

Arts:

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

Audiologisch centrum:

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

AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Beademingscentrum:

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

Bedrijfsarts:

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

Bekkenfysiotherapeut:

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

Bureau Jeugdzorg:

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

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

Centrum voor bijzondere tandheerkunde:

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

Collectieve overeenkomst:

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

Combinatietest:

Test bestaande uit een NT-meting en serumtest.

Contractant:

Het rechtssubject waarmee de collectieve overeenkomst van zorgverzekering is aangegaan.

Counseling:

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

Dbc-tarief:

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

Deelnemer:

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

Diëtist:

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

Echopraktijk:

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

Echoscopist:

Een in Nederland gevestigde zorgaanbieder die als zodanig staat ingeschreven in het door de Koninklijke Nederlandse Organisatie Verloskundigen (KNOV) beheerde echoregister danwel ingeschreven is in het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland.

Eerstelijnspsycholoog:

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Eerstelijnspsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut:

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

EU/EER:

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

Extramuraal werkend:

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

Fraude:

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

Fysiotherapeut:

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

Gekwalificeerd zorgverlener:

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

Gezondheidszorgpsycholoog:

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

Hoofdverzekering:

De Agis Zorgverzekering danwel een overeenkomst gesloten in de zin van de Zorgverzekeringswet bij een andere verzekeraar.

Huidtherapeut:

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

Huisarts:

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

Huisartsendienstenstructuur:

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

Hulpmiddelen:

De middelen die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

IDEA-contract:

De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen Agis en een apotheek waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Inschrijfformulier:

Schriftelijk verzoek tot sluiten van een aanvullende verzekering (zie aanvraagformulier).

Instelling voor jeugdtandverzorging:

Een in Nederland als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie organisatorische verband als bedoeld in artikel 5 Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) dat strekt tot de verlening van jeugdtandverzorging.

Instelling voor mondzorg:

Een in Nederland als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie organisatorische verband als bedoeld in artikel 5 eerste lid Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) dat strekt, in het kader van deze overeenkomst, tot de verlening van mondzorg.

Kaakchirurg:

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

Kalenderjaar:

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

Ketenzorg:

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

Kinderen:

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

Kinderfysiotherapeut:

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

Kinder- en jeugdpsycholoog:

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog:

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

Kraamzorg:

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

Laboratoriumonderzoek:

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Letselschadeservice:

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

Logopedist:

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

Manueel therapeut:

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

Medisch adviseur:

De arts die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist:

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

Modelovereenkomst:

Voorbeeldovereenkomst van een door Agis aan te bieden zorgverzekering.

Mondhygiënist:

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

Multidisciplinaire samenwerking:

Multidisciplinaire samenwerking betreft geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de cliënt te leveren.

Natura (gecontracteerde zorg):

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

Niet-gecontracteerde zorg:

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

NT-meting:

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

Oedeemtherapeut:

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

Oefentherapeut:

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

Ongeval:

Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Opname:

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

Orthodontist:

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

Orthopedagoog-generalist:

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

Polisblad:

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

Premiegrondslag:

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

Prenatale screening:

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

Prestatie:

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

Pretecho:

Echo niet op medische gronden geïndiceerd of noodzakelijk.

Psychiater/zenuwarts:

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

Psychotherapeut:

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

Regeling zorgverzekering:

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

Remedial teacher:

Een remedial teacher, die op grond van de voor het beroep geldende en geëxpliciteerde standaarden bekwaam en ervaren is voor behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie in de zorg.

Restitutie:

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

Seksuologisch hulpverlener:

Degene die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Tandarts:

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

Tandprotheticus:

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

Verblijf:

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verdragsland:

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

Verloskundige:

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

Verpleegkundige:

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

Verpleegkundig specialist:

Een verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen, verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen, verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen of verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen die als zodanig geregistreerd staat in een Specialistenregister conform artikel 14 van de Wet BIG.

Verzekerde:

Degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Wet, door de overeenkomst van zorgverzekering wordt gedekt, en ten behoeve van wie een polisblad is afgegeven. De op het polisblad als verzekerden vermelde personen, als en zolang zij zijn:

- de verzekeringnemer die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan;
- diens gezinsleden.

Verzekeringnemer:

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

Verzekeringsplichtige:

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

Vrijwillig gekozen eigen risico:

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

WBMV-vergunning:

Wet Bijzondere Medische Verrichtingen-vergunning.

Wet:

De Zorgverzekeringswet (Zvw).

Wet BIG:

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wijzigingsformulier:

Verzoek tot het wijzigen van een overeenkomst van aanvullende verzekering.

Wmg:

Wet marktordening gezondheidszorg.

Wmg-tarief:

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

Zelfstandig behandelcentrum:

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

Ziekenhuis:

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

Zorgaanspraken:

Verstrekingen of vergoedingen aangaande zorgverlening waar de verzekerde krachtens de aanvullende verzekering 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.

(Zorg)verzekeraar:

Agis Zorgverzekeringen N.V. danwel voor wat betreft de aanvullende verzekering Agis Ziektelastenverzekeringen N.V..

Zorgverzekering:

De overeenkomst als bedoeld in de Zorgverzekeringwet.

2 Begin van de aanvullende verzekering

- 1 Voor een aanvullende verzekering meldt de aspirant-verzekerde zich middels een aanvraagformulier, danwel telefonisch of via Internet. De aanvullende verzekering geeft recht op nader omschreven zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) die een aanvulling vormen op de zorgaanspraken krachtens de Zorgverzekering en/of de AWBZ.
- 2 De zorgverzekeraar is bevoegd een aspirant-verzekerde de toelating tot een aanvullende verzekering te weigeren:
 - a in geval een aanvullende verzekering wegens wanbetaling door zorgverzekeraar is beëindigd en als is komen vast te staan dat de zorgverzekeraar in het verleden schade heeft geleden door onrechtmatige gedraging van de aspirant-verzekerde.
 - b indien niet voldaan wordt aan de normen voor acceptatie bij bepaalde tandverzekeringen.
- 3 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering (tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft hiervan af te wijken).
- 4 De aanvullende verzekering geldt gedurende een kalenderjaar. Wanneer de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt, heeft de verzekering een looptijd vanaf de dag waarop de inschrijving plaatsvindt tot het einde van het betreffende kalenderjaar. Wanneer de aspirant-verzekerde niet een zorgverzekering heeft afgesloten danwel gelijktijdig met de aanvullende verzekering zal afsluiten bij de zorgverzekeraar, dan kan in afwijking van het bepaalde in de vorige volzin, inschrijving voor de aanvullende verzekering slechts plaatsvinden per 1 januari van het kalenderjaar volgend op de datum van aanmelding als bedoeld in artikel 2.1. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze overeenkomst opzegt als bepaald in artikel 3.
- 5 De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de aanvullende verzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar een zorgpolis, waarvan op het polisblad is vermeld:
 - a naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer of sociaal-fiscaalnummer van de verzekerde;
 - b naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
 - c naam, adres en woonplaats van de zorgverzekeraar;
 - d de dag waarop de verzekering eindigt.
- 6 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar de eventueel reeds betaalde premie terugstort en de verzekeringnemer is gehouden de eventueel betaalde zorgkosten terug te betalen.
- 7 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan zorgverzekeraar verstrekte mededelingen.

3 Einde van de aanvullende verzekering

- 1 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens in het geval van artikel 9 lid 4, eventueel na toepassing van schorsing als bedoeld in artikel 9, lid 3 onder h.
- 2 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.
- 3 De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen per 31 december.
- 4 Aan een opzegging of ontbinding van de verzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie of andere bedragen, als bedoeld in artikel 9 lid 4, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

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

4 Omvang van de dekking

- 1 a De lijst van aanspraken beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging).
b De kosten worden vergoed op basis van het op het moment van behandeling door of namens de zorgverzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen.
- 2 a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
b De vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het door Agis gemiddeld overeengekomen tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen anders wordt bepaald. Informatie over deze tarieven is beschikbaar op www.agisweb.nl onder polisvoorwaarden of kan nagevraagd worden bij onze Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,03 p/min).
- 3 Vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming 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 In de lijst van aanspraken wordt bepaald wanneer voor zorgverlening in het buitenland toestemming moet worden gevraagd.
- 6 Als vergoeding van zorg zowel onder de dekking valt van de hoofdverzekering als onder de dekking van een aanvullende verzekering en/of een tandartsverzekering dan wordt de vergoeding bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de hoofdverzekering.
- 7 Als vergoeding van zorg zowel onder de dekking valt van een aanvullende verzekering als onder de dekking van een tandartsverzekering, dan wordt de vergoeding bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de aanvullende verzekering.
- 8 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 in de polis genoemde dekkingsonderdelen en tot de in de polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Indien de dekking van zorg is opgeschort als gevolg van het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie heeft de verzekerde geen recht op vergoeding van de verzekerde kosten. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

5 Toestemming en verwijzing

- 1 Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de zorgverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zodanig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 2 De zorgverzekeraar betaalt na verleende schriftelijke toestemming als bedoeld in het vorige lid de aan de zorg verbonden kosten met inachtneming van het overigens in deze algemene voorwaarden en de Lijst van aanspraken bepaalde. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen, dan worden deze bij de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van aanspraken, dient er een verwijzing van een andere zorgverlener te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de zorgverzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.

- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.

6 Afhandeling schade en declaraties

- 1 De verzekerde is verplicht om:
 - a de door de zorgverzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
 - b desgevraagd aan de zorgverzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - c op de hierna in punt 6.2 omschreven wijze de declaraties in te dienen;
 - d computernota's te laten waarmerken door de zorgverlener;
 - e alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden;
 - f bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: **0900 328 24 47** (€ 0,03 p/min).
- 2 De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten onder overlegging van de originele nota's - bij de zorgverzekeraar declareren. De declaratie moet bij de zorgverzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van een door de zorgverzekeraar te verstrekken declaratieformulier. De vergoeding zal worden overgemaakt op het bij Agis met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst bekende rekeningnummer.
- 3 De verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
- 4 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.

TIP

Maak voor het indienen van nota's altijd gebruik van het declaratieformulier. Dit bespoedigt de afhandeling.

7 Afspraken met de zorgverleners

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

8 Zorgverlenersinformatie en wachtlijstbemiddeling

- 1 Wilt u hulp bij het vinden van een zorgverlener dan vindt u op onze internetsite www.agisweb.nl onder het thema Zorgservice een overzicht van de zorgverleners waarmee Agis afspraken heeft gemaakt. U kunt ook bellen met onze Klantenservice, telefoon **0900 86 85** (€ 0,03 p/min).
- 2 Als u te maken krijgt met een lange wachttijd in uw ziekenhuis, dan kunt u een beroep doen op Agis Helpt!. Wij gaan dan actief zoeken naar een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. Agis Helpt! probeert allereerst een ziekenhuis in uw regio in te schakelen. Als dit niet lukt wordt gezocht naar mogelijkheden bij een ziekenhuis buiten de regio, een Zelfstandig Behandel

Centrum of een ziekenhuis in het buitenland. Uiteraard blijft het altijd uw eigen beslissing of u gebruik maakt van kortere wachttijden in een ander ziekenhuis.

3 Agis Helpt! informeert en bemiddelt over wachttijden met betrekking tot:

- opname in het ziekenhuis;
- dagbehandeling in het ziekenhuis;
- toegangstijd polikliniek;
- niet-klinische behandeling;
- diagnostisch onderzoek.

Agis Helpt! informeert niet over wachttijden voor kraamzorg. Hiervoor verwijzen wij u naar internetsite www.agisweb.nl onder zwanger of gezinnen of u kunt bellen met Agis Topkraamzorg. Zie voor het telefoonnummer de achterpagina van deze polisvoorwaarden. Voor informatie over wachtlijsten van verpleeg- en verzorgingshuizen kunt u terecht bij het Zorgkantoor in uw regio.

TIP

U kunt uw verzoek voor hulp indienen via Agis Helpt! Onze website www.agisweb.nl of telefonisch 0900 266 94 63 (€ 0,03 p/min).

9 Premiebetaling en overige financiële verplichtingen

- 1 De premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar.
- 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de 1e dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, behalve bij de tandverzekeringen daar geldt een leeftijd van 22 jaar. De niet-betalende verzekerde volgt het hoogste aanvullende pakket van de verzekeringnemer.
- 3 Voor de verzekeringnemer geldt het navolgende:
 - a de premie wordt weergegeven op het polisblad;
 - b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks, per kwartaal, per half jaar of jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen, bij voorkeur via automatische incasso. Indien de verzekeringnemer kiest voor een andere betaalwijze dan automatische incasso brengt de zorgverzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening. Deze administratiekosten worden vermeld op het polisblad. De premie is verschuldigd vanaf de 1e vervalddag nadat de verzekering van kracht is geworden;
 - c de premie en administratiekosten danwel eventuele overige verschuldigde bedragen zijn verschuldigd op de premievervalddag. De premievervalddag is de laatste dag van de periode voorafgaande aan de periode waarover de premie is verschuldigd;
 - d de wijze van betaling van verschuldigde bedragen, niet zijnde premie, vindt plaats op de bij de zorgverzekeraar bekende en vastgelegde premiebetaalwijze. De zorgverzekeraar kan in voorkomende situaties hiervan afwijken;
 - e indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies en/of administratiekosten danwel eventuele andere verschuldigde bedragen niet of niet geheel op de premievervalddag danwel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig;
 - f de zorgverzekeraar kan de premiebetaalfrequentie van de nalatige verzekeringnemer met kwartaal, halfjaar of jaarbetaling met terugwerkende kracht aanpassen naar maandbetaling. De premiekorting voor kwartaal, halfjaar of jaarbetaling komt hiermee te vervallen. De nalatige verzekeringnemer wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld;
 - g blijft de verzekeringnemer na eventuele toepassing van het in lid f gestelde nalatig, dan wordt hij eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie, administratiekosten danwel eventuele andere verschuldigde bedragen te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekeringnemer is gehouden tot vergoeding van de door de zorgverzekeraar gemaakte buitengerechtelijke incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder i;
 - h indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief (aanmaning) de verschuldigde premie en administratiekosten danwel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim. De zorgverzekeraar schorst dan in het geval van premieschuld de verzekeringsovereenkomst,

- hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen onverlet laat. De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf de meest recente premievervaldag. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de zorgverzekeraar is ontvangen;
- i indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten danwel eventuele andere verschuldigde bedragen niet op de premievervaldag danwel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden, heeft betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurd herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-;
 - j vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen;
 - k de zorgverzekeraar kan volledige betaling van de premie of andere schuld weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden;
 - l de zorgverzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtelijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen; het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;
 - m bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
 - n indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden voor de aanvullende verzekering hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de voor die verzekering verschuldigde bedragen.
- 4 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 2 maanden nalatig is met het voldoen van de premie.
- 5 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te schorsen indien buiten de premie de verzekerde een schuld aan de zorgverzekeraar heeft die in hoogte overeenkomst met één maand premieschuld en de verzekerde in verzuim is (zie onder 3h) en is gerechtigd de verzekering te beëindigen bij een schuld ter hoogte van twee maanden premieschuld. Het hierboven in 3h bepaalde omtrent schorsing is onverminderd van toepassing.

10 Wijziging van pakket

- 1 De verzekeringnemer heeft eenmaal per jaar - en wel telkens per 1 januari - de gelegenheid om van pakket te veranderen. Bij omzetting naar een andere tandverzekering behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor medische acceptatie als voorwaarde te kunnen stellen voor inschrijving. Wijzigingen kunnen worden doorgegeven binnen 30 dagen na ontvangst van de dekkings- en polisvoorwaarden voor het komende jaar.
- 2 In geval van pakketwijziging, voor alle bij Agis Ziektekostenverzekeringen N.V. aangeboden pakketten, zoals bedoeld in lid 1 bij het eerste punt is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.
- 3 Indien de zorgverzekeraar het pakket aanvullende verzekeringen wijzigt, eventueel onder nieuwe naamgeving van de polissen, wordt aan de verzekerde een verzekering aangeboden die inhoudelijk het meest overeenstemt met de oude (lopende) verzekering. Dit wordt beschouwd als wijziging van de voorwaarden van de oude verzekering en niet als het afsluiten van een nieuwe verzekering. Lid 2 is van overeenkomstige toepassing.

11 Wijziging van premie of voorwaarden

- 1 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering per brief opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop Agis hem het voornemen tot verhoging van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging met dien verstande, dat de periode waarin de verzekerde kan opzeggen tenminste één maand bedraagt.
- 2 De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de zorgverzekeraar lopende polissen en bloc danwel groepsgewijs te herzien.
- 3 De herziening geschiedt op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van een herziening schriftelijk mededeling.
- 4 In het geval de zorgverzekeraar een wijziging in de voorwaarden aanbrengt die betrekking heeft op de termijnen van zorgaanspraken of de hoogte van de vergoeding, dan worden de gedane vergoedingen vóór de wijziging van de voorwaarden meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van de gewijzigde voorwaarden. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.
- 5 Indien de zorgverzekeraar het pakket aanvullende verzekeringen wijzigt, eventueel onder nieuwe naamgeving van de polissen, wordt aan de verzekerde een verzekering aangeboden die inhoudelijk het meest overeenstemt met de oude (lopende) verzekering. Dit wordt beschouwd als wijziging van de voorwaarden van de oude verzekering en niet als het afsluiten van een nieuwe verzekering. Lid 4 is van overeenkomstige toepassing.
- 6 De verzekeringnemer kan de overeenkomst niet opzeggen als in lid 1 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 de leeftijdsgrens voor de verzekerde waar aan de premie is gekoppeld.

12 Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde

- 1 De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de zorgverzekeraar mee te delen. Een dergelijke wijziging is onder meer: wijziging van bankrekeningnummer.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de zorgverzekeraar of de medisch adviseur van de zorgverzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de zorgverzekeraar noodzakelijk worden geacht.
- 3 Mededelingen verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 4
 - a de zorgverzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer periodiek een relatieblad, waarin naast informatie over de zorgverzekeraar, de ziektekostenovereenkomst, verzekeringsproducten en diensten ook aanverwante zaken zijn opgenomen;
 - b de verzekeringnemer kan de zorgverzekeraar schriftelijk verzoeken ter zake toezending van het relatieblad zijn persoonsgegevens te blokkeren. In dat geval zal het relatieblad niet meer aan de verzekeringnemer en de verzekerde worden toegestuurd en zal de zorgverzekeraar hen schriftelijk van eventuele wijzigingen in premie of voorwaarden in kennis stellen;
 - c indien op een dergelijk verzoek de persoonsgegevens van verzekeringnemer geblokkeerd zijn en het relatieblad niet meer toegezonden wordt, kunnen verzekeringnemer en/of verzekerden zich niet beroepen op het ontbreken van danwel het niet hebben ontvangen van informatie welke in het relatieblad is opgenomen. De zorgverzekeraar is alsdan niet aansprakelijk voor door verzekeringnemer en/of verzekerden geleden schade voortvloeiende uit het ontbreken van, danwel het niet hebben ontvangen van deze informatie.
- 5 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen of nalaten van een aansprakelijke derde, dan is de verzekerde terstond verplicht de zorgverzekeraar hierover te informeren en dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de zorgverzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de zorgverzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
- 6 De verzekeringnemer en/of de verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens

- verzekeringsmaatschappij.
- 7 Het niet meewerken van de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan het bepaalde in het 5e en 6e lid kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.

13 Letselschadeservice

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

TIP

Houdt u er rekening mee dat in een aantal gevallen geen recht op uitkering bestaat. U vindt dit onder Uitsluitingen.

14 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, behoudt zorgverzekeraar zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de zorgverzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraudesignaleringssysteem.
- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de zorgverzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.
- 4 De verzekerde is verplicht om bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: **0900 328 24 47** (€ 0,03 p/min).

15 Geschillenregeling

- 1 Op de overeenkomst van aanvullende verzekering is Nederlands recht van toepassing.
- 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze polis genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te zijn gesteld in de Nederlandse taal en gericht te worden aan het Klantbureau van Agis. Voor zover daarbij door de verzekerde in een vreemde taal gestelde stukken worden overlegd, kan de zorgverzekeraar een vertaling daarvan in de Nederlandse taal door een beëdigd vertaler verlangen. De kosten daarvan komen voor rekening van de verzekerde.
- 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de Geschillencommissie Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement. Het adres van de Geschillencommissie Stichting Klachten en Geschillen is Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).
- 4 Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen hun beklag indienen bij de

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door Agis Zorgverzekeringen gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies. Op de website van de NZa (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

16 Verwerken persoonsgegevens

- 1 De zorgverzekeraar legt wanneer verzekeringnemer of verzekerde contact met de zorgverzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwikkelen van de zorgverzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met verzekeringnemer of verzekerde te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om verzekeringnemer of verzekerde te informeren over de producten en diensten van zorgverzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies en/of informatie.
- 2 De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht het burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Zorgverleners dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht het burgerservicenummer te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met alle voornoemde partijen het burgerservicenummer gebruiken.
- 3 De zorgverzekeraar mag, vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, inlichtingen vragen en geven aan zorgverleners dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet voor zover dat nodig wordt geacht om de verplichtingen uit hoofde van de zorgverzekering te kunnen nakomen. Materiële en formele controle wordt verricht overeenkomstig hetgeen voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
- 4 De zorgverzekeraar stelt persoonsgegevens beschikbaar aan Vecozo ten behoeve van de controle op verzekering door zorgverleners. Voor meer informatie zie www.vecozo.nl.
- 5 De zorgverzekeraar zal zich met betrekking tot het verwerken van de persoonsgegevens houden aan Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.
- 6 De zorgverzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.
- 7 Verzekeringnemer of verzekerde kan de zorgverzekeraar verzoeken om verstrekking van een overzicht van verwerkte persoonsgegevens. Zorgverzekeraar zal verzekeringnemer of verzekerde binnen 4 weken, mits zij daartoe wettelijk gehouden is, het overzicht verstrekken. Indien er onjuistheden zijn in de door zorgverzekeraar geregistreerde persoonsgegevens, kan de verzekeringnemer of verzekerde de zorgverzekeraar schriftelijk verzoeken tot correctie of verwijdering van deze persoonsgegevens. Voor het verstrekken van bovengenoemd overzicht kan een bijdrage in de kosten worden verlangd.

17 Uitsluitingen

- 1 In de volgende gevallen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt:
 - Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie overeenkomstig de definities daarvan zoals vastgesteld door het Verbond van Verzekeraars in Nederland.
 - Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is en deze behoort te vergoeden.
 - Als de verzekerde in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen en/of naar Nederland wordt teruggebracht zonder de Agis Alarmcentrale of een Agis Steunpunt in het buitenland te hebben ingeschakeld.
 - Indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst (al dan niet van oudere datum), aanspraak kan worden gemaakt op verstrekkingen of

vergoedingen, of aanspraak zou kunnen maken als de verzekeringnemer of de verzekerde de aanvullende verzekering niet zou hebben gesloten.

- Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of naturaitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.
- 2 In aanvulling op deze algemene voorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking' bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam 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 verstrekt de zorgverzekeraar kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via www.terrorisneverzekerd.nl.
 - 3 Overigens zijn er ook situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn voor de duidelijkheid omschreven bij de betreffende rubrieken van de polisvoorwaarden aanvullende verzekeringen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken van de aanvullende verzekeringen nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw recht op vergoeding.

18 Ingangsdatum polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2010.

Hebt u vragen?

U kunt Agis op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.

Bel **0900 86 85** (€ 0,03 per minuut)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen

Postbus 19

3800 HA Amersfoort

Persoonlijk

Bij onze Servicepunten kunt u terecht voor persoonlijk advies.

Adressen en openingstijden vindt u op onze site.

U kunt ook de brochure 'Persoonlijk contact met uw zorgverzekeraar' aanvragen via onze Klantenservice.

Via internet

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

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



Belangrijke telefoonnummers

Agis Klantenservice	0900 86 85 (€ 0,03 per minuut)
Agis Helpt!	0900 266 94 63 (€ 0,03 per minuut)
Agis Topkraamzorg	0900 88 07 (€ 0,03 per minuut)
Agis Alarmcentrale	+ 31 (0)71 364 17 02
Reisdokter	+ 31 (0)71 364 17 08