

Trias

Aanvullende verzekeringen 2011

Verzekeringsvoorwaarden

Aanvullend Pakket

Aanvullend Extra Pakket

Aanvullend Totaal Pakket

en

Tand Eenvoudig Pakket

Tand Uitgebreid Pakket

Tand Totaal Pakket

Welkom bij Trias

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over de aanvullende verzekeringen Aanvullend Pakket, Aanvullend Extra Pakket, Aanvullend Totaal Pakket, Tand Eenvoudig Pakket, Tand Uitgebreid Pakket, Tand Totaal Pakket. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruik maken van het trefwoordenregister achterin deze voorwaarden of de inhoudsopgave. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

De daadwerkelijke vergoedingen vindt u onderaan het betreffende zorgartikel. Een aantal zorgvormen is gebundeld, zoals huidbehandelingen, preventie, hulpmiddelen, beweegzorg en voetbehandelingen. De vergoeding voor deze zorgvormen is in de vorm van een budget. De hoogte van de budgetten vindt u terug onderaan het betreffende zorgartikel.

Wat is een budget?

Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget opgenomen zorg. U hebt binnen het gemaximeerde bedrag vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

U kunt de informatie over uw aanvullende verzekeringen ook vinden op www.trias.nl. Natuurlijk kunt u met uw vragen ook telefonisch bij ons terecht. De telefoonnummers zijn hieronder opgenomen.

Met vriendelijke groeten,

Zorgverzekeraar Trias

Belangrijke telefoonnummers:

Klantenservice:	0900 8025 (lokaal tarief) De Klantenservice van Trias heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.
Aanvragen toestemming:	u kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling opsturen naar: Zorgverzekeraar Trias Postbus 445 5600 AA Eindhoven
Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders:	0900 8025 (lokaal tarief) Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders is ook te raadplegen in de zorggids via www.trias.nl/zorggids .
Trias Alarmcentrale:	+31 (0)183 681 661 (+ = internationaal toegangsnummer)
Trias Kraamzorg:	0800 220 30 40 (gratis)
Vervoer:	opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekenvervoer: 0900 8025 (lokaal tarief)
Zorgadvies en bemiddeling:	0900 8025 (lokaal tarief)

Inhoudsopgave

I.	ALGEMEEN GEDEELTE		
Artikel 1.	Verzekerde zorg	4	
Artikel 2.	Algemene bepalingen	4	
Artikel 3.	Premie	6	
Artikel 4.	Overige verplichtingen	8	
Artikel 5.	Wijziging premie en voorwaarden	8	
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	9	
Artikel 7.	Klachten en geschillen	9	
Artikel 8.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	10	
II.	AANVULLEND PAKKET		
	AANVULLEND EXTRA PAKKET		
	AANVULLEND TOTAAL PAKKET	12	
Artikel 9.	Alternatieve zorg	12	
Artikel 10.	Beweegzorg	12	
Artikel 11.	Brillen en contactlenzen	12	
Artikel 12.	Anticonceptiemiddelen	13	
	BUITENLAND	13	
Artikel 13.	Spoeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	14	
Artikel 14.	Repatriëring	14	
	PREVENTIE	15	
	Gezond leven	15	
Artikel 15.	Cursussen	15	
Artikel 16.	Gezondheidstest	15	
Artikel 17.	Gewichtsconsulent	15	
	Advies en begeleiding	15	
Artikel 18.	Sport Medisch Advies	15	
Artikel 19.	Incontinentiebegeleiding	15	
Artikel 20.	Zorg voor vrouwen in de overgang	16	
	Vaccinaties	16	
Artikel 21.	Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	16	
	GEBOORTEZORG	16	
Artikel 22.	Verloskundige zorg	16	
Artikel 23.	Eigen bijdrage kraamzorg	17	
Artikel 24.	Nazorg moeder en pasgeborene	17	
Artikel 25.	Kraampakket	17	
Artikel 26.	Elektrische borstkolf	17	
Artikel 27.	Lactatiekundig consult	17	
	HUIDBEHANDELINGEN	18	
Artikel 28.	Acnebehandeling	18	
Artikel 29.	Camouflagetherapie	18	
Artikel 30.	Epilatie	18	
	HULPMIDDELEN	18	
Artikel 31.	Audiologische hulpmiddelen	18	
Artikel 32.	Mammaprothese	19	
		4	
	Artikel 33. Mobiliteitshulpmiddelen	4	
	Artikel 34. Pruiken	4	19
	Artikel 35. Steunpessarium	6	19
	MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	8	19
	Artikel 36. Besnijdenis (medische circumcisie)	8	19
	Artikel 37. Buikwandcorrectie	9	20
	Artikel 38. Ooglidcorrectie	9	20
	Artikel 39. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	9	21
	Artikel 40. Sterilisatie	10	21
	PSYCHOLOGISCHE ZORG	11	21
	Artikel 41. Eerstelijnspsychologische zorg	11	21
	DIABETES		22
	Artikel 42. Diabetes testmaterialen	12	22
	VOETBEHANDELINGEN	12	22
	Artikel 43. Voetverzorging voor de diabetes- of reumatische voet	12	22
	Artikel 44. Podotherapie	12	22
	Artikel 45. Steunzolen en therapiezolen	13	22
	DIEETADVISING	13	23
	Artikel 46. Dieetadvising	14	23
	ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN		23
	Artikel 47. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	14	23
	MANTELZORG	14	23
	Artikel 48. Mantelzorgmakelaar	15	23
	Artikel 49. Vervangende mantelzorg (respijt zorg)	15	24
	VERBLIJF	15	24
	Artikel 50. Herstellingsoorden en zorghotels	15	24
	Artikel 51. Hospice	15	24
	Artikel 52. Ronald McDonaldhuis/familiehuis	15	24
	VERVOER	15	25
	Artikel 53. Vervoer in verband met transplantatie van organen	16	25
	MONDZORG	16	25
	Artikel 54. Gebitsprothesen	16	25
	Artikel 55. Kronen ten gevolge van een ongeval	16	25
III.	TAND EENVOUDIG PAKKET		
	TAND UITGEBREID PAKKET		
	TAND TOTAAL PAKKET		26
	Artikel 56. Tandheelkundige zorg	17	26
	Artikel 57. Orthodontische zorg	17	26
	57.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar	17	26
	57.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder	17	26
IV.	BEGRIJSOMSCHRIJVINGEN		27
V.	TREFWOORDENREGISTER		28

I. Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

1.4. Door wie mag de zorg worden verleend

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Voor een aantal vormen van zorg hebt u geen vrije keuze van zorgaanbieder, maar is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvul-

lende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Hieronder vindt u de artikelen waarbij sprake is van gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders:

- Artikel 9. Alternatieve zorg;
- Artikel 10. Beweegzorg (alternatieve bewegingstherapieën);
- Artikel 33. Mobiliteitshulpmiddelen (ingeval van bruikleen);
- Artikel 42. Diabetes testmaterialen;
- Artikel 48. Mantelzorgmakelaar;
- Artikel 50. Herstellingsoorden en zorghotels;
- Artikel 51. Hospice;
- Artikel 53. Vervoer in verband met transplantatie van organen.

1.5. Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat wij er zonder verdere navraag uit op kunnen maken tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Spaar uw nota's niet op, maar dien ze direct in. Dat scheelt u en ons in administratie.

1.6. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.7. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden. Als een verwijzing of voorschrift nodig is, kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)-

jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als u voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;

- veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

1.11. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorisme (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen schadeclaims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en).

Deze verzekeringsovereenkomsten maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

Aanvullend Pakket	hoofdstuk II
Aanvullend Extra Pakket	hoofdstuk II
Aanvullend Totaal Pakket	hoofdstuk II
Tand Eenvoudig Pakket	hoofdstuk III
Tand Uitgebreid Pakket	hoofdstuk III
Tand Totaal Pakket	hoofdstuk III

Als u een Aanvullend Pakket, Aanvullend Extra Pakket, Aanvullend Totaal Pakket hebt afgesloten dan wordt de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken omschreven in de artikelen 9 tot en met 55. Hebt u daarnaast een Tand Eenvoudig Pakket, Tand Uitgebreid Pakket of Tand Totaal Pakket dan wordt de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg omschreven in de artikelen 56 en 57.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn de hoofdstukken I Algemeen gedeelte, IV Begripsomschrijvingen en V Trefwoordenregister op alle aanvullende verzekeringen van toepassing.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsovereenkomsten wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL.

Deze documenten kunt u vinden op onze website en ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Zorgverzekeraar Trias is een onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of

telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken. Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze aanvullende verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias' en behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld:

U hebt een Aanvullend Extra Pakket en wordt op 1 juli 18 jaar. Vanaf 1 augustus betaalt u premie.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening.
- 3.3.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250 per maand. Voor bedragen boven de € 250 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2. Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.5.5. Als wij de aanvullende verzekering(en) wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke

derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;

- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van Trias aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvul-

lende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van Trias sluiten, maar u bent dat niet verplicht. Voor de aanvullende verzekering Aanvullend Pakket, Aanvullend Extra Pakket, Aanvullend Totaal Pakket geldt geen medische selectie.

6.2.2. Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde volwassene op de polis. Heeft een van de volwassen verzekerden op de polis een Trias Gezin Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar ook een Trias Gezin Pakket.

Hebben beide volwassen verzekerden op de polis een Trias Jong Pakket, Trias Fit & Vrij Pakket of een Trias Vitaal Pakket afgesloten dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar een Aanvullend Extra Pakket aangevuld met een Tand Uitgebreid Pakket.

6.2.3. Tandheelkundige verzekeringen

6.2.3.1. De aanvullende verzekeringen Tand Eenvoudig Pakket, Tand Uitgebreid Pakket, Tand Totaal Pakket kunnen alleen in aanvulling op de Aanvullend Pakket, Aanvullend Extra Pakket, Aanvullend Totaal Pakket worden afgesloten.

6.2.3.2. U moet een tandheelkundige verklaring invullen als u 18 jaar of ouder bent:

- als u zich aanmeldt voor een Tand Uitgebreid Pakket of Tand Totaal Pakket;
- als u uw tandheelkundige verzekering wilt wijzigen naar een verzekering met een uitgebreidere dekking.

6.2.4. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen Trias.

Voorbeeld: U hebt een Aanvullend Totaal Pakket en wijzigt deze verzekering per 1 januari 2011 in een Aanvullend Extra Pakket. U hebt in 2010 een bril aangeschaft. De vergoedingstermijn voor een bril is per twee kalenderjaren. Dit betekent dat u in 2012 weer kosten voor de aanschaf van een bril kunt declareren.

6.3. Einde van rechtswege

6.3.1. De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- Zorgverzekeraar Trias door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- Zorgverzekeraar Trias stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering(en) hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt, omdat wij stoppen met het aanbieden van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt hiervan op de hoogte.

6.3.2. De aanvullende verzekeringen Tand Eenvoudig Pakket, Tand Uitgebreid Pakket, Tand Totaal Pakket eindigen met ingang van de dag waarop de Aanvullend Pakket, Aanvullend Extra Pakket, Aanvullend Totaal Pakket eindigen.

6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering van Trias.

6.4.3. U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruik maken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

ARTIKEL 7. KLACHTEN EN GESCHILLEN

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

7.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

ARTIKEL 8. ZORG- EN WACHTLIJSTBEMIDDELING

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

7.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

7.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website.

7.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Aanvullend Pakket, Aanvullend Extra Pakket, Aanvullend Totaal Pakket

ARTIKEL 9. ALTERNATIEVE ZORG

Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofie;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

- voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
- voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2. homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

■ Aanvullend Pakket

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 800 per kalenderjaar

ARTIKEL 10. BEWEEGZORG

Het budget bewegezorg bestaat uit twee onderdelen:

- A. Bewegezorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit noemen we curatieve bewegezorg;
- B. Bewegezorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit noemen we preventieve bewegezorg.

In de onderstaande tekst wordt eerst curatieve bewegezorg toegelicht en daarna preventieve bewegezorg.

Omschrijving:

A. Bij bewegezorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt moet u denken aan de volgende therapieën:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Omschrijving:

B. Bewegezorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit betreft therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen.

Wie mag de zorg verlenen:

patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew, astma- of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'organisatie' vindt u een link 'onze leden'.

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

■ Aanvullend Pakket

maximaal € 200 per kalenderjaar

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 600 per kalenderjaar

Beweegzorg is een budget. Dit betekent dat u van de diverse vormen van beweegzorg, zoals genoemd onder A en B gebruik kunt maken tot het gemaximeerde bedrag per kalenderjaar.

Bijvoorbeeld: u hebt een Aanvullend Extra Pakket. U start in maart 2011 met behandelingen fysiotherapie. De totale kosten van deze behandelingen bedragen € 200. U hebt dan voor het kalenderjaar 2011 nog € 200 over die u kunt besteden aan bijvoorbeeld haptotherapie.

Bijzonderheden:

1. u bent jonger dan 18 jaar:
 - u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. u bent 18 jaar en ouder:
 - u hebt recht op vergoeding, tot maximaal uw budget, van de kosten van de eerste twaalf behandelingen als het om behandeling gaat van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vanaf de dertiende behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist;
3. vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;
4. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het elfde uur. De eerste tien uur komen ten laste van de zorgverzekering;

5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:

- arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
- (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.

ARTIKEL 11. BRILLEN EN CONTACTLENZEN

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticien of optiekbedrijf.

Wij hebben met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij onze voorkeursaanbieders uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril uitzoeken en krijgt u op uw contactlenzen een aantrekkelijke korting. Ga op onze website naar ledenvoordeel voor meer informatie.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 100 per 2 kalenderjaren

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 150 per 2 kalenderjaren

ARTIKEL 12. ANTICONCEPTIEMIDDELEN

Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding:**■ Aanvullend Pakket**

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

BUITENLAND**ARTIKEL 13. SPOEDEISENDE ZORG IN VERBAND MET VAKANTIE EN TIJDELIJK VERBLIJF IN HET BUITENLAND****Omschrijving:**

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's. Wij berekenen deze naar de koers die gold op de datum waarop de rekening is uitgeschreven.

U kunt gebruik maken van de Trias Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:**■ Aanvullend Pakket**

volledig

■ Aanvullend Extra Pakket

volledig

■ Aanvullend Totaal Pakket

volledig

ARTIKEL 14. REPATRIËRING**Omschrijving:**

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

Trias Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:**■ Aanvullend Pakket**

volledig

■ Aanvullend Extra Pakket

volledig

■ Aanvullend Totaal Pakket

volledig

Bijzonderheden:

de Trias Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:

- gezond leven;
- advies en begeleiding;
- vaccinaties.

In de onderstaande artikelen worden deze vormen van preventie beschreven.

Gezond leven

ARTIKEL 15. CURSUSSEN

Omschrijving:

- cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yoga-docent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een vereniging die erkend is door het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.oranjekruis.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatoraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'organisatie' vindt u een link 'onze leden'.

ARTIKEL 16. GEZONDHEIDSTEST

Omschrijving:

integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat alleen uit de volgende onderzoeken:

- meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage;
- vaststellen gewicht en BMI ('body mass index');
- bloed- en urineonderzoek;
- inspanningstest om uw conditie te bepalen.

Wij hebben met een aantal zorgaanbieders speciale aanvullende afspraken gemaakt. Hierdoor bent u verzekerd van goede zorg. Ga naar de zorggids op onze website voor onze voorkeursaanbieders.

Bijzonderheden:

1. u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO);
2. de kosten van (preventieve) scans worden niet vergoed.

ARTIKEL 17. GEWICHTSCONSULENT

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtsconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtsconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN).

Op www.gewichtsconsulenten.nl kunt u een gewichtsconsulent bij u in de buurt zoeken.

Advies en begeleiding

ARTIKEL 18. SPORT MEDISCH ADVIES

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

ARTIKEL 19. INCONTINENTIEBEGELEIDING

Omschrijving:

leefadviezen en een medische conclusie voor vrouwen die last hebben van ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen.

De digitale vragenlijst vindt u op:

www.incontinentiezorgservice.nl.

Wordt u toch liever persoonlijk begeleid dan kunt u vervolgens gebruik maken van een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd. De kosten van deze persoonlijke begeleiding komen ten laste van de zorgverzekering. Deze vallen daardoor eventueel onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

ARTIKEL 20. ZORG VOOR VROUWEN IN DE OVERGANG

Omschrijving:

voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen:

verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Vaccinaties

ARTIKEL 21. PREVENTIEVE VACCINATIES EN GENEESMIDDELEN IN VERBAND MET VAKANTIE

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci)meningitis, rabiës of malaria.

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl).

Wij hebben met de GGD'en in Nederland speciale afspraken gemaakt. Zo krijgt u naast korting op vaccinaties ook korting op artikelen die tijdens een buitenlandse reis van nut kunnen zijn zoals DEET en ORS. Ga op onze website naar ledenvoordeel voor meer informatie.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

■ Aanvullend Pakket

maximaal € 200 per kalenderjaar

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 500 per kalenderjaar

GEBOORTEZORG

Geboortezorg betreft zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

ARTIKEL 22. VERLOSKUNDIGE ZORG

Omschrijving:

vergoeding van het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Als u poliklinisch in het ziekenhuis bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoedt de zorgverzekering niet alle kosten.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Totaal Pakket

volledig

ARTIKEL 23. EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG

Omschrijving:

vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering aanspraak kunt maken.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 125

■ Aanvullend Totaal Pakket

volledig

ARTIKEL 24. NAZORG MOEDER EN PASGEBORENE

Omschrijving:

ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10^e dag na de geboorte van het kind gegeven.

Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10^e dag na de geboorte ontslagen wordt. Het kraamzorgcentrum stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Wie mag de nazorg verlenen:

gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal 6 uur verspreid over maximaal 2 dagen

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal 12 uur verspreid over maximaal 4 dagen

ARTIKEL 25. KRAAMPAKKET

Omschrijving:

een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website of via Trias Kraamzorg; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

volledig

■ Aanvullend Totaal Pakket

volledig

ARTIKEL 26. ELEKTRISCHE BORSTKOLF

Omschrijving:

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 110 per bevalling

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 110 per bevalling

ARTIKEL 27. LACTATIEKUNDIG CONSULT

Omschrijving:

vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen:

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijsbrief van:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vin-

den op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:■ **Aanvullend Pakket**

geen vergoeding

■ **Aanvullend Extra Pakket**

maximaal € 50 per bevalling

■ **Aanvullend Totaal Pakket**

maximaal € 75 per bevalling

HUIDBEHANDELINGEN

een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

ARTIKEL 28. ACNEBEHANDELING**Omschrijving:**

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 29. CAMOUFLAGETHERAPIE**Omschrijving:**

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 30. EPILATIE**Omschrijving:**

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:■ **Aanvullend Pakket**

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ **Aanvullend Extra Pakket**

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ **Aanvullend Totaal Pakket**

maximaal € 700 per kalenderjaar

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

ARTIKEL 31. AUDIOLOGISCHE HULPMIDDELEN**Omschrijving:**

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Wij hebben met een aantal leveranciers aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij onze voorkeursleveranciers uw audiologische hulpmiddelen aan te schaffen, dan levert u dat optimaal voordeel op. U kunt de voorkeursleveranciers vinden op onze website.

ARTIKEL 32. MAMMAPROTHESE

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak en schoonmaakmiddelen die worden gebruikt na een borstamputatie.

ARTIKEL 33. MOBILITEITSHULPMIDDELEN

Omschrijving:

bruikleen of vergoeding van de kosten van aanschaf van een wandelstok 4-poot, looprek, rollator of krukken. Er is sprake van bruikleen als de periode van gebruik korter is dan 26 weken. De kosten komen dan niet ten laste van uw budget Hulpmiddelen. Gaat u het hulpmiddel langer dan 26 weken gebruiken dan moet u het hulpmiddel aanschaffen en komen de kosten ten laste van uw budget Hulpmiddelen.

Wie mag de hulpmiddelen leveren:

bruikleen: door ons gecontracteerde zorgaanbieders. U kunt de gecontracteerde zorgaanbieders vinden op onze website of telefonisch opvragen: kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Als u het hulpmiddel langer dan 26 weken moet gebruiken dan moet u het hulpmiddel aanschaffen. Als u dat doet bij onze gecontracteerde leveranciers dan bent u verzekerd van een goede prijs-kwaliteitverhouding.

Verwijsbrief van:

u hebt een verwijsbrief nodig van uw huisarts of behandelend medisch specialist als u het hulpmiddel aanschaf.

ARTIKEL 34. PRUIKEN

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van de pruik.

ARTIKEL 35. STEUNPESSARIUM

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 250 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 500 per kalenderjaar

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ARTIKEL 36. BESNIJDENIS (MEDISCHE CIRCUMCISIE)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 600

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 600

ARTIKEL 37. BUIKWANDCORRECTIE

Omschrijving:

correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aanneemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$).

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte). Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door $(1.75 \times 1.75) = 85$ gedeeld door $3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28. Op www.gezondblijvenmettrias.nl kunt u heel eenvoudig uw BMI berekenen.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.

Vergoeding:**■ Aanvullend Pakket**

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 2.500

Bijzonderheden:

als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit het Aanvullend Totaal Pakket niet.

ARTIKEL 38. OOGGLIDCORRECTIE

Omschrijving:

correctie van de bovenoogleden.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

verlamde of verslaptte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als:

- de pupil enigszins wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u ontspannen recht vooruit kijkt, of;
- er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- er aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid bestaat.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder indicatie, goed zichtbaar is.

Vergoeding:**■ Aanvullend Pakket**

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 950

ARTIKEL 39. OONGLASERBEHANDELING OF LENSIMPLANTATIE

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Implantatie van multifocale lenzen (bijvoorbeeld Restore) wordt niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen:

oogarts.

Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst. Ga op onze website naar ledenvoordeel voor meer informatie.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

ARTIKEL 40. STERILISATIE

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

Sterilisatie van de man: maximaal € 800

Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250

■ Aanvullend Totaal Pakket

Sterilisatie van de man: maximaal € 800

Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250

PSYCHOLOGISCHE ZORG

ARTIKEL 41. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Omschrijving:

diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, psychische aandoeningen/stoornissen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 8 zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Per zitting geldt een eigen bijdrage van € 10. De aanvullende verzekering vergoedt deze eigen bijdrage niet. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op de 8 zittingen uit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen:

gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijnspsychologische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

De kinder- en jeugdpsycholoog is als zodanig ingeschreven bij het NIP. De orthopedagoog-generalist is als zodanig ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 120 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 360 per kalenderjaar

DIABETES

ARTIKEL 42. DIABETES TESTMATERIALEN

Omschrijving:

als u diabetes mellitus type II hebt en geen gebruik maakt van insuline dan kunt u tegen geringe bijbetaling diabetes testmaterialen bij onze voorkeursleveranciers bestellen. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter.

Vergoeding:**■ Aanvullend Pakket**

een startpakket, eigen bijdrage € 10
teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15

■ Aanvullend Extra Pakket

een startpakket, eigen bijdrage € 10
teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15

■ Aanvullend Totaal Pakket

een startpakket, eigen bijdrage € 10
teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15

Als u insuline gebruikt, dan krijgt u de diabetes testmaterialen vergoed vanuit de zorgverzekering. Zie hiervoor ons Reglement hulpmiddelen.

Wie mag de testmaterialen leveren:

onze voorkeursleveranciers. De voorkeursleveranciers kunt u vinden op de diabetespagina op onze website. www.trias.nl/diabetes.

VOETBEHANDELINGEN

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

ARTIKEL 43. VOETVERZORGING VOOR DE DIABETES- OF REUMATISCHE VOET

Omschrijving:

voetbehandelingen voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut of pedicure met aantekening 'diabetesvoet' en/of 'reumatische voet', die is geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

ARTIKEL 44. PODOTHERAPIE

Omschrijving:

behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut.

ARTIKEL 45. STEUNZOLEN EN THERAPIEZOLEN

Omschrijving:

inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Wie mag de zolen leveren:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

Voorschrift:

huisarts, medisch specialist, podotherapeut of podoposturaaltherapeut.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt:**■ Aanvullend Pakket**

maximaal € 100 per kalenderjaar

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 500 per kalenderjaar

DIEETADVISING

ARTIKEL 46. DIEETADVISING

Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. Door het volgen van een bepaald eetpatroon kunt u uw lichamelijke gezondheid bevorderen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 4 uur dieetadvising. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Wie mag de zorg verlenen:

diëtist.

Vergoeding:

■ **Aanvullend Pakket**

geen vergoeding

■ **Aanvullend Extra Pakket**

geen vergoeding

■ **Aanvullend Totaal Pakket**

maximaal € 250 per kalenderjaar

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

ARTIKEL 47. REVALIDATIEPROGRAMMA HERSTEL & BALANS®

Omschrijving:

nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:

instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:

■ **Aanvullend Pakket**

maximaal € 800 per diagnose

■ **Aanvullend Extra Pakket**

maximaal € 800 per diagnose

■ **Aanvullend Totaal Pakket**

maximaal € 1.000 per diagnose

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg:

ARTIKEL 48. MANTELZORGMAKELAAR

Omschrijving:

een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. Door de inzet van de mantelzorgmakelaar voelt de mantelzorger zich beter en langer in staat om de zorgtaken te combineren met werk en privéleven. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Welke mantelzorgmakelaars kunt u benaderen:

u kunt de door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaars benaderen. Een overzicht van de betreffende mantelzorgmakelaars is raadpleegbaar via onze website. U kunt het overzicht ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

■ **Aanvullend Pakket**

maximaal € 250 per kalenderjaar

■ **Aanvullend Extra Pakket**

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ **Aanvullend Totaal Pakket**

maximaal € 750 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

de diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw vader die ook bij Trias is verzekerd. U of uw vader kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

ARTIKEL 49. VERVANGENDE MANTELZORG (RESPIJTZORG)

Omschrijving:

tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent.

Wie mag de vervangende mantelzorg verlenen:

Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen in Huis". U kunt contact opnemen met hen via telefoonnummer 030 – 659 09 70.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

maximaal € 625 per kalenderjaar

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 1.250 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 1.875 per kalenderjaar

VERBLIJF

ARTIKEL 50. HERSTELLINGSOORDEN EN ZORGHOTELS

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Verwijsbrief van:

u hebt een verwijsbrief nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of "burn-out" (punt 3. van de omschrijving).

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

ARTIKEL 51. HOSPICE

Omschrijving:

verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op www.palliatief.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

maximaal € 30 per dag

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 30 per dag

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 30 per dag

ARTIKEL 52. RONALD MCDONALDHUIS/ FAMILIEHUIS

Omschrijving:

als uw kind(eren) of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeershuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaal-
tehuis Ter Weijde.

Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, kunt u in het familie- of logeershuis overnachten. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ Aanvullend Totaal Pakket

maximaal € 600 per kalenderjaar

VERVOER

ARTIKEL 53. VERVOER IN VERBAND MET TRANSPLANTATIE VAN ORGANEN

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een door ons gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Op voorschrift van:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,27 per kilometer

■ Aanvullend Extra Pakket

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,27 per kilometer

■ Aanvullend Totaal Pakket

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,27 per kilometer

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

MONDZORG

ARTIKEL 54. GEBITSPROTHESEN

Omschrijving:

vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

volledig

■ Aanvullend Totaal Pakket

volledig

ARTIKEL 55. KRONEN TEN GEVOLGE VAN EEN ONGEVAL

Omschrijving:

kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval voor verzekerden tot 22 jaar. Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding:

■ Aanvullend Pakket

geen vergoeding

■ Aanvullend Extra Pakket

volledig

■ Aanvullend Totaal Pakket

volledig

III. Tand Eenvoudig Pakket, Tand Uitgebreid Pakket, Tand Totaal Pakket

ARTIKEL 56. TANDHEELKUNDIGE ZORG

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten. Hieronder vindt u de tandheelkundige zorg:

- chirurgie (H-codes);
- consulten (C-codes);
- mondhygiëne (M-codes);
- röntgen (X-codes);
- verdoving (A-codes);
- vullingen (V-codes);
- kaakgewrichtsproblemen (gnathologie) (G-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- behandeling van tandvleesproblemen (parodontologie) (T-codes);
- gedeeltelijke plaat- of frameprothesen (P-codes);
- verdoving met lachgas (B-codes);
- endodontische behandeling (wortelkanaal-, pulpabehandeling en bleken) (E-codes);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak (J-codes). Als de kaakchirurg de behandeling uitvoert: de kosten voor het honorarium, de techniekkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het om implantologie gaat. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:**Tand Eenvoudig Pakket:**

maximaal € 250 per kalenderjaar

Tand Uitgebreid Pakket:

maximaal € 500 per kalenderjaar

Tand Totaal Pakket:

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

1. de kosten die verband houden met niet nagekomen afspraken (code C90) worden niet vergoed;
2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt jaarlijks opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de prestatiecode C11 voor een eerste jaarlijkse consult.

ARTIKEL 57. ORTHODONTISCHE ZORG

57.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:**Tand Eenvoudig Pakket**

geen vergoeding

Tand Uitgebreid Pakket

maximaal € 1500 voor de hele looptijd van de verzekering

Tand Totaal Pakket

volledig

57.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist

Vergoeding:**Tand Eenvoudig Pakket**

geen vergoeding

Tand Uitgebreid Pakket

maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

Tand Totaal Pakket

maximaal € 1500 voor de hele looptijd van de verzekering

IV. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen Zorgverzekeraar Trias en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering van Trias en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar Trias voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door Zorgverzekeraar Trias, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met Zorgverzekeraar Trias de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door Zorgverzekeraar Trias gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gega-randeerd.

Zorgverzekeraar Trias/Trias: Trias Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 11063955. Zorgverzekeraar Trias is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001040. Zorgverzekeraar Trias is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Zorgverzekeraar Trias aangeduid met "wij" en "ons".

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

V. Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A			Elektrische borstkolf	26	17
Acceptatie aanvullende verzekeringen	6.2	9	Epilatie	30	18
Acnebehandeling	28	18	Ergotherapeut, ergotherapie	10	12
Acupunctuur	9	12	F		
Algemene bepalingen	2	6	Familiehuis	52	24
Alternatieve zorg	9	12	Fraude	2.4	7
Anticonceptie, middelen, anticonceptiepil	12	13	Fysiotherapeut	10	12
Antroposofie	9	12	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck	10	12
Apotheekhoudend huisarts	9, 12	12, 13	G		
Apotheker	9, 12	12, 13	Gebitsprothese	54, 56	25, 26
Audiologische hulpmiddelen	31	18	Geneesmiddelen, i.v.m. vakantie	21	16
Auto, vervoer met eigen	53	25	Geneesmiddelen, homeopathische, antroposofische	9	12
B			Geschillen, klachten en geschillen	7	10
Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	6	9	Gewichtsconsulent	17	15
Begripsomschrijvingen	Hfd. IV	27	Gezinsdekking	6.2.2.	9
Bekkenfysiotherapeut	10	12	Gezondheidstest	16	15
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	8	11	Gezondheidszorgpsycholoog	41	21
Besnijdenis, medische	36	19	GGZ-instelling	15	15
Beweegzorg	10	12	H		
Brillen en contactlenzen	11	13	Haptotherapie	10	12
Buikwandcorrectie	37	20	Herstel en Balans, revalidatieprogramma	47	23
Buitenland	13	14	Herstellingsoord, verblijf in	50	24
C			Homeopathie	9	12
Camouflagetherapie	29	18	Hospice	51	24
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	10	12	Huidtherapeut	28, 29, 30	18
Chiropractie	10	12	Hulpmiddelen	31t/m 35	18, 19
Circumcisie	36	19	I		
Collectieve overeenkomst	3.2	8	Implantaten	56	26
Contactlenzen	11	13	Incontinentiebegeleiding	19	16
Coöperatie	2.7	7	Instelling	53	25
Craniosacraaltherapie	10	12	K		
Cursussen	15	15	Kaakchirurg, kaakchirurgie	56	26
D			Kinderfysiotherapie, -therapeut	10	12
Diabetes, diabetesvoet, diabetes testmaterialen	42, 43	22	Kinder- en jeugdpsycholoog	41	21
Dieetadvisering, diëtist	46	23	Klachten en geschillen	7	10
E			Kraampakket	25	17
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog	41	21	Kraamzorg, eigen bijdrage	23	17
Eigen bijdrage kraamzorg	23	17	Kronen	55, 56	25, 26

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
L					
Lactatiekundig consult, lactatiekundige	27	17	Ring, anticonceptie	12	13
Lensimplantaat, ooglaserbehandeling	39	21	Ronald McDonaldhuis	52	24
M			S		
Mammaprothese, artikelen	32	19	Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	36 t/m 40	19 t/m 21
Mantelzorg, mantelzorgmakelaar, vervangende	48, 49	23, 24	Spiraaltje	12	13
Manuele therapie, manueel therapeut	10	12	Spoedeisende zorg in het buitenland	13	14
Medisch specialistische zorg, medisch specialist	36 t/m 40	19 t/m 21	Sport medisch advies	18	15
Mensendieck, oefentherapie	10	12	Sterilisatie	40	21
Mobiliteitshulpmiddelen	33	19	Steunzolen en therapiezolen	45	22
Mondhygiënist	56	26	T		
Mondzorg	54, 56, 57	25, 26	Tandheelkundige zorg	56	26
N			Tandprotheticus	56	26
Natuurgeneeswijzen	9	12	Taxivervoer	53	25
O			Toestemming	1	4
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	10	12	Transplantatie van organen, vervoer i.v.m.	53	25
Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/ Mensendieck	10	12	Trias Alarmcentrale	13, 14	14
Ooglaserbehandeling	39	21	U		
Ooglidcorrectie	38	20	Uitsluitingen	1.10	5
Oosterse geneeswijzen	9	12	V		
Orgaantransplantatie, vervoer i.v.m.	53	25	Vaccinatie i.v.m. vakantie	21	16
Orthodontische zorg, orthodontist	57	26	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	13	14
Orthomanuele geneeskunde	10	12	Verloskundige zorg, verloskundige	22	16
Orthopedagoog-Generalist	41	21	Verplichtingen, overige	4	8
Osteopathie	10	12	Vervangende mantelzorg, respijtzorg	49	24
Overige verplichtingen	4	8	Verwijzing, voorschrift of toestemming	1.8	5
P			Verzekeringen, tandheelkundige	6.2.3.	9
Premie	3	8	Voetbehandelingen	43, 44	22
Preventie	15 t/m 21	15, 16	W		
Prothetische voorzieningen	54, 56	25, 26	Wachtnijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijst-bemiddeling	8	11
Pruiken	34	19	Wijziging premie en voorwaarden	5	9
Psychosociale zorg	9	12	Z		
R			Zolen, steun- en therapie-	45	22
Refractiechirurgie	39	21	Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijst-bemiddeling	8	11
Repatriëring	14	14	Zorghotel, verblijf in	50	24
Respijtzorg, vervangende mantelzorg	49	24			

Trias
Aanvullende verzekeringen 2011

Verzekeringsvoorwaarden
Aanvullend Pakket
Aanvullend Extra Pakket
Aanvullend Totaal Pakket
en
Tand Eenvoudig Pakket
Tand Uitgebreid Pakket
Tand Totaal Pakket