

Verzekeringsvoorwaarden VGZ Zorgverzekering 2006

Zorgverzekeraar



Ingangsdatum
1-1-2006



Verzekeringsvoorwaarden VGZ Zorgverzekering 2006

Inhoudsopgave

I. Algemeen gedeelte	4
Artikel 1. Begripsomschrijvingen	4
Artikel 2. Algemene bepalingen	8
Artikel 3. Premie	9
Artikel 4. Overige verplichtingen	11
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	11
Artikel 6. Ingang, duur en beëindiging van de VGZ Zorgverzekering	12
Artikel 7. No-claim	13
Artikel 8. Eigen risico	15
Artikel 9. Buitenland	16
9.1. Wonen	16
9.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf	16
9.3. Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf	17
9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	17
9.5. Verwijzing en/of machtigingsvereiste	18
Artikel 10. Uitsluitingen	18
Artikel 11. Klachten en geschillen	18
Artikel 12. Verzekerde prestaties	19
II. Dekkings- en prestatiewijze	21
Geneeskundige zorg	21
Artikel 13. Huisartsenzorg	21
Artikel 14. Verloskundige zorg	21
Artikel 15. Medisch specialistische zorg	21
Artikel 16. Revalidatie	22
Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek	23
Artikel 18. In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	23
18.1. In vitro fertilisatie (IVF)	23
18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	24
Artikel 19. Audiologische zorg	24
Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	25
Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen	25

Paramedische Zorg	26
Artikel 22. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	26
22.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar	26
22.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder	27
Artikel 23. Logopedie	27
Artikel 24. Ergotherapie	28
Artikel 25. Dieetadvisering	28
Mondzorg	28
Artikel 26. Tandheelkundige zorg	28
26.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	28
26.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	29
26.3. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	30
Artikel 27. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	30
Farmaceutische zorg	31
Artikel 28. Geneesmiddelen	31
Artikel 29. Dieetpreparaten	32
Hulpmiddelenzorg	32
Artikel 30. Hulpmiddelenzorg	32
Verblijf in een instelling	33
Artikel 31. Verblijf	33
Kraamzorg	33
Artikel 32. Kraamzorg	33
Ziekenvervoer	34
Artikel 33. Ambulancevervoer	34
Artikel 34. Zittend ziekenvervoer	35
Zorgbemiddeling	36
Artikel 35. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	36
III. Trefwoordenregister	37

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden van de VGZ Zorgverzekering wordt verstaan onder:

1. **Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
2. **Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de artseneijberekunst.
3. **Apotheker:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
4. **Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
5. **Audiologisch centrum:** een als zodanig toegelaten instelling.
6. **AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
7. **AWBZ-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.
8. **Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten.
9. **Bekkentherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkentherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
10. **Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zvw.
11. **Centrum voor bijzondere tandheelkunde:** een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
12. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
13. **Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua.
14. **CTG/Zorgautoriteit i.o.:** het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting zoals omschreven in de Wet tarieven gezondheidszorg.
15. **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.

16. **Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist.
17. **Eigen risico:** een door de verzekeringnemer met Zorgverzekeraar VGZ als onderdeel van de VGZ Zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.
18. **Ergotherapeut:** degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygië-nist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.
19. **Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betref-fende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
20. **Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
21. **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
22. **Huidtherapeut:** degene met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.
23. **Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Huisarts en Verpleeg-huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
24. **Hulpmiddelen:** de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en ver-bandmiddelen.
25. **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, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
26. **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchi-rurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
27. **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Ver-bijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
28. **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door Zorgverzekeraar VGZ als zodanig erkende instelling.

29. **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
30. **Kraamzorghotel:** een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.
31. **Logopedist:** degene die op grond van artikel 10 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel logopedist.
32. **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar VGZ wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
33. **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
34. **Medisch specialist:** een arts die is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
35. **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
36. **Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
37. **Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
38. **Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
39. **Revalidatie-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling.
40. **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
41. **Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
42. **Verblijf:** verblijf gedurende het etmaal.
43. **Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
44. **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
45. **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

46. **Verzekerde:** degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door Zorgverzekeraar VGZ, is vermeld.
47. **Verzekeringnemer:** degene die met Zorgverzekeraar VGZ een zorgverzekering heeft gesloten.
48. **Verzekeringsplichtige:** degene die op grond van de Zvw verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
49. **Verzekeringsvoorwaarden VGZ Zorgverzekering/verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 11 van de Zvw van Zorgverzekeraar VGZ, variant Natura.
50. **VGZ Gezondheidslijn:** telefonische gezondheidsadvisering door een verpleegkundige onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts.
51. **VGZ Zorgverzekering:** een tussen Zorgverzekeraar VGZ en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
52. **Voorkeursleverancier:** een leverancier waarmee Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.
53. **Wet BIG:** de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
54. **Wtg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het CTG/de Zorgautoriteit i.o., volgens de Wet tarieven gezondheidszorg.
55. **Zelfstandig behandelcentrum:** een in Nederland gelegen centrum voor medisch specialistische en kaakchirurgische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig volgens de Wet toelating zorginstellingen is toegelaten en waarmee Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten.
56. **Ziekenhuis:** een instelling, die als ziekenhuis volgens de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
57. **Zorg:** zorg of overige diensten.
58. **Zorghotel:** een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een zorghotel.
59. **Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en Zorgverzekeraar VGZ gesloten zorgverzekering is vastgelegd.
60. **Zorgverzekeraar VGZ:** de VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. De VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua.
61. **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
62. **Zvw:** de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag

De VGZ Zorgverzekering is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan Zorgverzekeraar VGZ zijn verstrekt. Zorgverzekeraar VGZ verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de VGZ Zorgverzekering, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

De VGZ Zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

2.3. Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.4. Ontlenen recht

Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de VGZ Zorgverzekering rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien 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 zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Indien er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

2.5. Aanspraak op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

2.5.1. Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl.

2.5.2. Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 2.5.1, recht op prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

2.6. Verwerken persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden verwerkt ten behoeve van de uitvoering van de verzekering, de hiermee verbandhoudende serviceverlening en voor informatieverstrekking op grond van wettelijke verplichtingen.

2.7. Kennisgevingen

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij Zorgverzekeraar VGZ bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.

2.8. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt de verzekeringnemer tevens lid van de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua, tenzij hij schriftelijk heeft aangegeven daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. Het lidmaatschap kan op elk gewenst moment door de verzekeringnemer worden beëindigd door opzegging, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap wordt geacht te zijn opgezegd op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.9. Voorrangsbepaling

Voorzover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek dan wel de Zvw bepaalde van invloed is of moet zijn op de VGZ Zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw voor.

2.10. Interpretatie

De Zvw en het Besluit zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis, bepalend.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag

De premiegrondslag, alsmede de premiekortingen behorend bij deze verzekeringsvoorwaarden, zijn opgenomen in de jaarlijks aan te passen premiebijlage, die onderdeel uitmaakt van deze verzekeringsvoorwaarden.

3.2. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

3.3. Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen giraal en bij vooruitbetaling te voldoen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Zorgverzekeraar VGZ gerechtigd de premie met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

3.4. Vordering

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van Zorgverzekeraar VGZ te ontvangen bedrag.

3.5. Overlijden

Ingeval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

3.6. Niet tijdig betalen

3.6.1. Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan Zorgverzekeraar VGZ onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behoudens ingeval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op prestaties vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 3.6.5, door Zorgverzekeraar VGZ zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.

3.6.2. Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 3.6.1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kan Zorgverzekeraar VGZ de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De VGZ Zorgverzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.3. In afwijking van lid 3.6.1 kan Zorgverzekeraar VGZ, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand, en de aanvangspremie niet binnen een termijn van 30 dagen en na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, de dekking schorsen. In dat geval gaat de schorsing in op de dag dat de VGZ Zorgverzekering van kracht wordt. Indien de VGZ Zorgverzekering terugwerkt naar een dag, gelegen vóór het tijdstip waarop de verzekeringnemer het verzoek om een zorgverzekering te sluiten heeft gedaan, en niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, gaat de schorsing in op de dag waarop de VGZ Zorgverzekering van kracht wordt. Indien de dekking is opgeschort, kan Zorgverzekeraar VGZ de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De VGZ Zorgverzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.4. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.

3.6.5. Indien Zorgverzekeraar VGZ maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 4. Overige verplichtingen

4.1. Verplichting

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, medisch specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorgverzekeraar VGZ;
- aan Zorgverzekeraar VGZ, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, welke nodig is voor de uitvoering van de VGZ Zorgverzekering;
- Zorgverzekeraar VGZ te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt Zorgverzekeraar VGZ in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar VGZ. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor Zorgverzekeraar VGZ in zijn belangen kan worden geschaad;
- Zorgverzekeraar VGZ onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's binnen één jaar na dagtekening bij Zorgverzekeraar VGZ in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorgverzekeraar VGZ is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, indien Zorgverzekeraar VGZ hierom vraagt.

4.2. Belangen

Wanneer de belangen van Zorgverzekeraar VGZ worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen kan Zorgverzekeraar VGZ de prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Zorgverzekeraar VGZ heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de bij hem lopende zorgverzekeringen te wijzigen. Zorgverzekeraar VGZ doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere VGZ Zorgverzekering op een door Zorgverzekeraar VGZ vast te stellen datum, doch treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Indien Zorgverzekeraar VGZ de voorwaarden van de VGZ Zorgverzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw

gestelde regels. Indien de wijziging een verhoging van de premie(grondslag) betreft, kan de verzekeringnemer opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop Zorgverzekeraar VGZ hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging. Laatstebedoelde opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

Artikel 6. Ingang, duur en beëindiging van de VGZ Zorgverzekering

6.1. Ingang en duur

- 6.1.1. De VGZ Zorgverzekering gaat in op de dag waarop Zorgverzekeraar VGZ het verzoek hiertoe van of ten behoeve van de verzekeringsplichtige heeft ontvangen.
- 6.1.2. Indien Zorgverzekeraar VGZ op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de VGZ Zorgverzekering, in afwijking van lid 6.1.1, in op de dag waarop laatstebedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 6.1.3. Zorgverzekeraar VGZ verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstebedoelde persoon onverwijld:
 - een bewijs van het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in lid 6.1.2, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
- 6.1.4. Indien degene ten behoeve van wie de VGZ Zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorgverzekeraar VGZ het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de VGZ Zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 6.1.1 of 6.1.2, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 6.1.5. Indien de VGZ Zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

6.2. Einde van rechtswege

De VGZ Zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 6.2.1. Zorgverzekeraar VGZ ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;
- 6.2.2. de verzekerde overlijdt;
- 6.2.3. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

Zorgverzekeraar VGZ stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een VGZ Zorgverzekering op grond van het onder 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

De verzekeringnemer stelt Zorgverzekeraar VGZ onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid 6.2.2 en 6.2.3 gestelde, tot het einde van de VGZ Zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien Zorgverzekeraar VGZ op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de VGZ Zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de VGZ Zorgverzekering opzeggen:

- vóór 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- van een ander die hij heeft verzekerd, als deze verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd dan wel met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door Zorgverzekeraar VGZ is ontvangen;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.4. Opzegging door Zorgverzekeraar VGZ

Zorgverzekeraar VGZ kan de VGZ Zorgverzekering opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.6;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of bescheiden aan Zorgverzekeraar VGZ die tot nadeel voor Zorgverzekeraar VGZ (kunnen) leiden;
- indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet Zorgverzekeraar VGZ te misleiden of indien Zorgverzekeraar VGZ geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. Zorgverzekeraar VGZ kan de VGZ Zorgverzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. Zorgverzekeraar VGZ is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. Zorgverzekeraar VGZ kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Gezondheidsrisico

Zorgverzekeraar VGZ kan de VGZ Zorgverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.6. Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als Zorgverzekeraar VGZ kan de VGZ Zorgverzekering slechts schriftelijk opzeggen.

6.7. Bewijs van einde

Indien de VGZ Zorgverzekering eindigt, verstrekt Zorgverzekeraar VGZ de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de VGZ Zorgverzekering, waarop wordt aangetekend:

- naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaalnummer/burgerservicenummer van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de VGZ Zorgverzekering eindigt;
- of voor verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
- de reden, indien deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.

Artikel 7. No-claim

7.1. Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag, heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en de eerder bedoelde waarde.

- 7.2. De kosten van huisartsenzorg, hulpmiddelen in bruikleen, kraamzorg en verloskundige zorg, en eigen bijdragen dan wel eigen betalingen op grond van de zorgverzekering worden niet in mindering gebracht op de no-claimteruggave. De vrijstelling van huisartsenzorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts. Deze vrijstelling geldt niet voor zorg die hij voorschrijft, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek en niet voor medisch specialistische zorg die door de huisarts wordt verleend.
- 7.3. Het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag (referentiebedrag voor de berekening van de no-claimteruggave) wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw. Voor 2006 is het bij Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag vastgesteld op € 255,00.
- 7.4.1. Indien de VGZ Zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met Zorgverzekeraar VGZ had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 jaar is geworden, wordt het in lid 7.3 bedoelde, bij Besluit zorgverzekering te bepalen bedrag vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de VGZ Zorgverzekering liep, dan wel, indien de verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 7.4.2. Indien lid 7.4.1 van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge lid 7.4.1 bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de VGZ Zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde 18 jaar werd.
- 7.5. De verzekerde die jonger is dan 18 jaar heeft geen recht op een no-claimteruggave. Dit recht ontstaat op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.
- 7.6. Voor de berekening van het recht op teruggave van no-claim worden de kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend. De kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- 7.7. De no-claimteruggave waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.
Als na de vaststelling van de no-claimteruggave blijkt dat zorg is gebruikt, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening is gehouden, wordt de no-claimteruggave uiterlijk 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, gecorrigeerd. De vordering die hierdoor ontstaat kan worden verrekend met betalingen aan de verzekeringnemer dan wel de betreffende verzekerde.

Artikel 8. Eigen risico

- 8.1. Ingeval sprake is van een eigen risico, worden de kosten van zorg slechts in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico voorzover deze kosten van zorg het bedrag aan no-claimteruggave, als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden. Het eigen risico is niet van toepassing op de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent en hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt.
 Het consulttarief en het passantentarium dat een huisarts of een instelling die huisartsenzorg verleent in rekening brengt, vallen wél onder het eigen risico.
- 8.2. Eigen bijdragen op grond van de VGZ Zorgverzekering worden niet in mindering gebracht op het eigen risicobedrag.
- 8.3. Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van de VGZ Zorgverzekering met een eigen risico van: € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar.
 Afhankelijk van de hoogte van het gekozen eigen risico, verleent Zorgverzekeraar VGZ voor de varianten van de VGZ Zorgverzekering met een eigen risico van € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar een korting op de grondslag van de premie. De hoogte van deze korting is opgenomen in de premiebijlage, als genoemd in artikel 3.1, Premiegrondslag.
- 8.4.1. Indien de VGZ Zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de VGZ Zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- 8.4.2. In afwijking van lid 8.4.1 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met een zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
- ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- 8.4.3. Het op grond van lid 8.4.1 of 8.4.2 berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.
- 8.5. De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe vóór 1 november daaraan voorafgaand schriftelijk aan Zorgverzekeraar VGZ wordt doorgegeven.
- 8.6. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
 De kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

Artikel 9. Buitenland

9.1. Wonen

9.1.1. Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.1.2. Verzekerde woonachtig in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

De verzekerde die woonachtig is in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, indien voor de verzekerde van toepassing;
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden in het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.1.3. Verzekerde woonachtig in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

De verzekerde die woont in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden in het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf

9.2.1. Spoedeisende zorg

Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de VGZ-Hulpdienst, telefoonnummer ++31-70-3145380 (++= internationaal toegangsnummer). Zorgverzekeraar VGZ adviseert de verzekerde om de VGZ-Hulpdienst in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

9.2.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan het woonland van de verzekerde, in het geval de verzekerde woonachtig is in Nederland of een ander EU-/EER-land of verdragsland

De verzekerde die woonachtig is in Nederland of een ander EU-/EER-land of verdragsland, en die tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan het woonland van de verzekerde, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, indien voor de verzekerde van toepassing;
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.2.3. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een EU-/EER-land of verdragsland, in het geval de verzekerde woonachtig is in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

De verzekerde die woonachtig is in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, en die tijdelijk verblijft in een EU-/EER-land of verdragsland, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.2.4. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als genoemd in artikel 9.2.3.

9.3. Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf

9.3.1. Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar VGZ in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van niet-spoedeisende zorg in een ander land dan het woonland de verzekerde, voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar VGZ nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.

9.5. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Indien bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg zoals aangegeven in artikel 9.4, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 12.7).

Artikel 10. Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op:

- 10.1. zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden indien en voorzover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;
- 10.2. zorg of vergoeding van kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
- 10.3. vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Zorgverzekeraar VGZ door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 10.4. vergoeding van kosten die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 10.5. vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van Zorgverzekeraar VGZ;
- 10.6. (vergoeding van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
- 10.7. (vergoeding van) zorg veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder 'kerninstallatie' wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voorzover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

Artikel 11. Klachten en geschillen

- 11.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de VGZ Zorgverzekering kunnen aan Zorgverzekeraar VGZ worden voorgelegd.
- 11.2. Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van Zorgverzekeraar VGZ en Zorgverzekeraar VGZ zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt dan wel binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Ombudsman

Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl. De ombudsman bemiddelt bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.

- 11.3. Als naar het oordeel van Zorgverzekeraar VGZ een klacht dient te worden beschouwd als een geschil (dat wil zeggen een verzoek om heroverweging van een beslissing), wordt dit aan de indiener meegedeeld.
- 11.4. Geschillen kunnen, nadat de verzekeringnemer of de verzekerde Zorgverzekeraar VGZ schriftelijk heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen te Zeist.
- 11.5. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen vraagt verplicht advies aan het College voor zorgverzekeringen indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 van de Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. De onafhankelijke instantie ontvangt dit advies zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na de adviesaanvraag.

Artikel 12. Verzekerde prestaties

- 12.1. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.
- 12.2. De zorg in natura wordt verleend door een door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het door Zorgverzekeraar VGZ met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.
 Een overzicht van de door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.vgz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door Zorgverzekeraar VGZ is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 8490.
 Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.
- 12.3. Indien de zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder kan de verzekerde Zorgverzekeraar VGZ vragen te bemiddelen en eventueel toestemming te verlenen voor het gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden na overlegging van de nota en met inachtneming van deze verzekeringsvoorwaarden, vergoed, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Zorgverzekeraar VGZ voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend:
 - a. medisch inhoudelijke factoren;
 - b. algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- 12.4. Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar VGZ en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar VGZ en de betreffende zorgaanbieders:

- Huisartsenzorg (artikel 13);
- Verloskundige zorg (artikel 14) die geleverd wordt door een huisarts;
- Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;
- Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (artikel 26.3) die geleverd wordt door een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis.

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie VGZ. Het Reglement restitutie VGZ maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl.

De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht.

- 12.5. Zorgverzekeraar VGZ heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 12.3 en 12.4 jegens Zorgverzekeraar VGZ aanspraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.
- 12.6. Indien Zorgverzekeraar VGZ rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico dan wel de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan Zorgverzekeraar VGZ. Zorgverzekeraar VGZ brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van Zorgverzekeraar VGZ kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.
- 12.7. Indien bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan zal de betreffende zorgaanbieder namens de verzekerde zorgdragen voor de machtigingsaanvraag. Dit gebeurt volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen Zorgverzekeraar VGZ en de betreffende zorgaanbieder.

Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan dient de verzekerde zorg te dragen voor de machtigingsaanvraag.

Een verwijzing en/of machtiging is niet noodzakelijk indien er sprake is van spoedeisende zorg.

II. Dekkings- en prestatiewijze

Geneeskundige zorg

Artikel 13. Huisartsenzorg

Omschrijving:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering;
2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Zorgverzekeraar VGZ en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door:

huisarts. De onder omschrijving, punt 1 genoemde gezondheidsadvisering mag ook plaatsvinden door de VGZ Gezondheidslijn.

Bijzonderheden:

1. de zorg omvat niet het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
2. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan zorg die wordt geleverd door derden die medisch bevoegd zijn, onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts zoals een doktersassistente, nurse practitioner of praktijkondersteuner;
3. de VGZ Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvisering, telefoonnummer: 0900 - 2 123 123 (€ 0,10/min). Zie ook www.vgz.nl.

Artikel 14. Verloskundige zorg

Omschrijving:

verloskundige zorg zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer indien de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Door:

verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

Bijzonderheden:

Indien de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat verblijf medisch noodzakelijk is, dan is een eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. De aanspraak op kraamzorg is geregeld in artikel 32, Kraamzorg.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;

- second opinion door een medisch specialist;
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie;
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie;
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;
2. de voor de niet-klinische haemodialyse benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 30, Hulpmiddelenzorg;
3. bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl;
4. voor de aanspraak op medisch specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 13, Huisartsenzorg.

Artikel 16. Revalidatie

Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend indien en voorzover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door:
multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door:
huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving:
geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde zal het onderzoek ook omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Door:
centrum voor erfelijkheidsadvies.

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

Artikel 18. In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

18.1. In vitro fertilisatie (IVF)

Omschrijving:
geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat ingeval van in vitro fertilisatie (IVF) slechts de tweede en derde poging in vitro fertilisatie (IVF) per gerealiseerde zwangerschap.

Een poging omvat vier fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling;
- het afnemen van eicellen (punctie);
- bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- de terugplaatsing van een of meer ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een volledige poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige poging kan echter ook bestaan uit fase b, c en d (indien gebruik wordt gemaakt van de natuurlijke cyclus), of een volledige poging kan bestaan uit uitsluitend fase d (indien gebruik wordt gemaakt van een bij een eerdere behandeling verkregen gecryopreserveerd embryo).

Door:
gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door:
gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

1. een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor;
2. onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;
3. voor de aanspraak op geneesmiddelen die verband houden met de tweede en derde poging in vitro fertilisatie (IVF), zie artikel 28, Geneesmiddelen.

18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Door:

gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

op grond van het Besluit zorgverzekering bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Artikel 19. Audiologische zorg

Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Door:

audiologisch centrum.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

de aanspraak op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 30, Hulpmiddelenzorg.

Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Geen aanspraak bestaat op:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de onder c bedoelde behandeling.

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) in verband met transplantatie van weefsels en organen, omvat uitsluitend:

1. beenmergtransplantatie;
2. bottransplantatie;
3. hoornvliestransplantatie;
4. huidweefseltransplantatie;
5. niertransplantatie;
6. harttransplantatie;
7. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
8. longtransplantatie;

9. hartlongtransplantatie;
10. nierpancreastransplantatie.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voorzover die zorg verband houdt met die opneming;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de verzekerde in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

Door:
medisch specialist.

Paramedische Zorg

Artikel 22. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

22.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:

zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden:

1. ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;
2. ter behandeling van aandoeningen die niet vallen onder de in dit artikel opgenomen omschrijving, punt 1, tot ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Bij ontoereikend resultaat kan deze zorg worden verlengd met ten hoogste 9 behandelingen.

Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door:
(kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Bijzonderheden:

1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl;
2. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

22.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving:

zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.

Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door:

fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl;
2. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 23. Logopedie

Omschrijving:

zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Door:

logopedist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 24. Ergotherapie

Omschrijving:

zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar.

Door:

ergotherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 25. Dieetadvisering

Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot ten hoogste 4 behandelingen per kalenderjaar.

Door:

diëtist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg

Artikel 26. Tandheelkundige zorg

26.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:

zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;
2. incidenteel tandheelkundig consult;

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

Door:

tandarts of kaakchirurg.

26.2. Tandheeskundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving:

zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

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

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheeskundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediaagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheeskundige noodzakelijk is.

Door:

tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheeskunde, tandarts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

Eigen bijdrage:

volgens de in artikel 2.7, lid 6 van het Besluit zorgverzekering bedoelde Regeling zorgverzekering.

Verwijzing door:

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl.

26.3. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder**Omschrijving:**

chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbijbehorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.

Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Door:

kaakchirurg.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 27. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder**Omschrijving:**

uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak.

Door:

tandarts, tandprotheticus of kaakchirurg.

Eigen bijdrage:

volgens de in artikel 2.7, lid 6 van het Besluit zorgverzekering bedoelde Regeling zorgverzekering.

Bijzonderheden:

de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl.

Farmaceutische zorg

Artikel 28. Geneesmiddelen

Omschrijving:

aflevering van:

- a. de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voorzover deze zijn aangewezen door Zorgverzekeraar VGZ;
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft.

Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg VGZ.

Geleverd door:

apotheker of apothekhoudend huisarts. De apothekhoudend huisarts mag alleen geneesmiddelen leveren aan verzekerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij Zorgverzekeraar VGZ op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

Voorschrift:

huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, voor geneesmiddelen waarvoor bij Regeling zorgverzekering indicatievoorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. Zorgverzekeraar VGZ heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts aanspraak bestaat op het door Zorgverzekeraar VGZ aangewezen geregistreerde geneesmiddel. De verzekerde heeft in dat geval slechts aanspraak op het door Zorgverzekeraar VGZ aangewezen geneesmiddel, tenzij behandeling met het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. De aanwijzing van deze geneesmiddelen door Zorgverzekeraar VGZ geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen als bedoeld in het Besluit zorgverzekering, artikel 2.8, lid 1, ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze aanwijzing vindt plaats volgens de bepalingen van het Reglement farmaceutische zorg VGZ. Een overzicht van de door Zorgverzekeraar VGZ aangewezen geneesmiddelen is eveneens opgenomen in dit Reglement. Het Reglement farmaceutische zorg VGZ maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl;
2. bij de Regeling zorgverzekering worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Tevens wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl;
3. de verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de door de Minister vastgestelde vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voorzover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend;

4. farmaceutische zorg omvat geen:
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

Artikel 29. Dieetpreparaten

Omschrijving:

polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Geleverd door:

voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding), apotheker of apotheehoukend huisarts. De apotheehoukend huisarts mag alleen dieetpreparaten leveren aan verze-kerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij Zorgverzekeraar VGZ op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

Telefoonnummer Sorgente: (030) 634 62 62. Telefoonnummer Tefa-Portanje B.V.: (0348) 49 57 77.

Voorschrift:

huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

farmaceutische zorg omvat geen farmaceutische zorg in de bij Regeling zorgverzekering, bijlage 2, indicaties, aangege-ven gevallen.

Hulpmiddelenzorg

Artikel 30. Hulpmiddelenzorg

Omschrijving:

bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulp-middelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op die zorg.

Eigen bijdrage:

volgens de genoemde Regeling zorgverzekering.

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen VGZ.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen VGZ.

Bijzonderheden:

1. de kosten van normaal gebruik zijn voor rekening van de verzekerde, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
2. geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde;
3. de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen VGZ maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl.

Verblijf in een instelling

Artikel 31. Verblijf

Omschrijving:

medisch noodzakelijk verblijf gedurende het etmaal in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. De medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen, worden onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Kraamzorg

Artikel 32. Kraamzorg

Omschrijving:

verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Aanspraak op kraamzorg bestaat indien en zolang een medische en/of sociale indicatie bestaat dat kraamzorg noodzakelijk is.

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Eigen bijdrage:

volgens de Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Bijzonderheden:

1. het kraamcentrum indiceert de noodzakelijke zorg en wijst op basis daarvan het aantal te realiseren zorguren toe, waarbij vergoeding wordt verleend over tenminste 24 uur tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10

- dagen. Indicatiestelling vindt plaats aan de hand van het Landelijke Indicatie Protocol van Zorgverzekeraars Nederland. Dit protocol en de Regeling zorgverzekering maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl;
- voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 8 dagen) per dag in mindering gebracht;
 - indien bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat eveneens aanspraak op deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling;
 - aanmelding voor kraamzorg bij Zorgverzekeraar VGZ via www.vgz.nl of VGZ Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 2 21 31 41 (€ 0,10/min) dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden.

Ziekenvervoer

Artikel 33. Ambulancevervoer

Omschrijving:

medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

- naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de VGZ Zorgverzekering komen;
- naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
- vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
- naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Door:

vergunninghoudende ambulancevervoerder.

Voorschrift:

huisarts, verloskundige of medisch specialist. Voorschrift is niet noodzakelijk in spoedgevallen.

Bijzonderheden:

indien Zorgverzekeraar VGZ toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 34. Zittend ziekenvervoer

Omschrijving:

ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 33, Ambulancevervoer, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de VGZ Zorgverzekering komen;
 2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
 3. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - 3.1. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 3.2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
 4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.
- Indien het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag per kilometer.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Zorgverzekeraar VGZ vervoer van twee begeleiders toestaan.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

- a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
- b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
- e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Door:

taxivoerder, indien de aanspraak ziekenvervoer per taxi is.

Eigen bijdrage:

volgens de in artikel 2.16 van het Besluit zorgverzekering bedoelde Regeling zorgverzekering.

Voorschrift:

huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. indien Zorgverzekeraar VGZ toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;
2. in gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Zorgverzekeraar VGZ toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Zorgverzekeraar VGZ aan te geven vervoermiddel;
3. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.vgz.nl.

Zorgbemiddeling

Artikel 35. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving:

aanspraak op bemiddeling voor zorg indien sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de VGZ Zorgverzekering. Indien sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Wachtlijstbemiddeling van Zorgverzekeraar VGZ.

Zorgverzekeraar VGZ kijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn. Indien er geen oplossing kan worden geboden dan wel de zorg door deze oplossing niet tijdig kan worden geleverd, mag de verzekerde gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten. De vergoeding van de kosten van deze zorg zal Zorgverzekeraar VGZ vergoeden tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven meer gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

III. Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A Algemene bepalingen	2	8
Ambulancevervoer	33	33
Apotheekhoudend huisarts	1	4
Apotheker	1	4
Arts	1	4
Audiologisch centrum	1, 19	4, 24
Audiologische zorg	19	24
Auto, vervoer met eigen	34	34
AWBZ, AWBZ-instelling	1	4
B Bedrijfsarts	1	4
Begripsomschrijvingen	1	4
Bekkentherapeut	1	4
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	35
Besluit zorgverzekering	1	4
Bevalling	14, 15	21
Bijzondere tandheelkunde	26,2	29
Buitenland	9	15
C Centrum voor bijzondere tandheelkunde	1	4
Centrum voor erfelijkheidsadvies	1	4
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	22	26
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	26,3	29
Chronisch intermitterende beademing	15	21
Chronische indicatie fysiotherapie	22	26
Circumcisie	15	21
Coöperatie	1	4
CTG/Zorgautoriteit i.o.	1	4
D Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)	1	4
Dieetadvisering	25	28
Dieetpreparaten	29	31
Diëtist	1	5
DNA-onderzoek	17	22
Donor	21	25
E Eigen risico	1, 8	5, 14
Erfelijkheidsadvies, centrum voor	1, 17	4, 22
Erfelijkheidsonderzoek	17	22
Ergotherapeut, ergotherapie	1, 24	5, 27
Europese Unie en EER-lidstaat	1	5
F Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	28, 29	30, 31
Fertiliteitbevorderende behandelingen en in vitro fertilisatie (IVF)	18	23
Fysiotherapeut	1	5
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	22	25, 26
G Gebitsprothese	27	30
Gebitsregulatie	26,2	30
Gehoorapparatuur	30	32
Gehoorfunctie, onderzoek	19	24
Geneeskundige zorg	13 t/m 21	20 t/m 25
Geneesmiddelen	1, 28	5, 30
Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	28	30
Geschillen, klachten en geschillen	11	18

	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	
H	Haemodialyse, niet-klinische	15	21	
	Huidtherapeut	1, 22	5, 26	
	Huisarts, huisartsenzorg	1, 13	5, 20	
	Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	1, 30	5, 32	
I	ICSI	18	23	
	Implantaten	26	28, 29	
	Ingang, duur en beëindiging van de VGZ Zorgverzekering	6	11	
	Instelling	1	5	
	In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	18	23	
K	Kaakchirurg, kaakchirurgie	1, 26.3	5, 29	
	Kinderfysiotherapeut, kinderfysiotherapie	1, 22.1	5, 26	
	Klachten en geschillen	11	18	
	Kortdurende fysiotherapie	22	26	
	Kraamcentrum	1	6	
	Kraamverzorgende	1	6	
	Kraamzorg	32	33	
	Kraamzorghotel	1	6	
L	Langdurige of intermitterende fysiotherapie	22	26	
	Logopedie, logopedist	1, 23	4, 27	
M	Machtiging	1, 12.7	6, 20	
	Manueel therapeut	1	6	
	Manuele therapie	22	26	
	Medicijnen	28	30	
	Medisch specialist	1	6	
	Medisch specialistische zorg	15	21	
	Mensendieck, oefen therapie	22	26	
	Mondzorg	26, 27	28 t/m 30	
N	Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf	9.3	17	
	No-claim, no-claimteruggave	7	13	
O	Oedeemtherapeut, oedeemtherapie	1, 22	6, 26	
	Oefen therapeut Cesar/Mensendieck	1	6	
	Oefen therapie Cesar/Mensendieck	22	26	
	Openbaar vervoer	34	34	
	Opname in een ziekenhuis	14, 15, 26.3, 31	21, 29, 32	
	Orgaantransplantatie	21	25	
	Orthodontische zorg	26.2	29	
	Orthodontist	1	6	
	Overige verplichtingen	4	10	
	P	Paramedische zorg	22 t/m 25	26 t/m 28
		Plastische en/of reconstructieve chirurgie	20	24
Premie		3	9	
Premie(grondslag) en voorwaarden		5	11	
Prothetische voorzieningen		26.1, 27	28, 30	
R	Regeling zorgverzekering	1	6	
	Reglement farmaceutische zorg VGZ	28	30	
	Reglement hulpmiddelen VGZ	30	32	
	Reglement restitutie VGZ	12.4	19	
	Revalidatie	16	22	
	Revalidatie-instelling	1	6	

	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
S	Second opinion door een medisch specialist	15	21
	Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	1, 15	21
	Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf	9.2	16
	Sterilisatie	15	21
T	Tandarts	1	6
	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	26.1	28
	Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	26.2	29
	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor	1	4
	Tandprotheticus	1	6
	Taxivervangend eigen vervoer	34	34
	Taxivervoer	34	34
	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9.4	17
	Transplantatie van weefsels en organen	21	25
	Trombosedienst	15	21
	U	Uitsluitingen	10
V	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9	15
	Verblijf, verblijf in een instelling	1, 31	6, 32
	Verdragsland	1	6
	Verloskamer	14	21
	Verloskundige	1	7
	Verloskundige zorg	14	21
	Verpleegkundige	1	7
	Verplichtingen, overige	4	10
	Vervoer, medisch noodzakelijk	33, 34	33, 34
	Verwijzing en/of machtigingsvereiste	12.7	20
	Verwijzing en/of machtigingsvereiste, buitenland	9.5	17
	Verzekerde	1	7
	Verzekerde prestaties	12	19
	Verzekeringnemer	1	7
	Verzekeringsplichtige	1	7
	Verzekeringsvoorwaarden VGZ Zorgverzekering, verzekeringsvoorwaarden	1	7
	VGZ Gezondheidslijn	1	7
VGZ-Hulpdienst	9.2.1	16	
VGZ Zorgverzekering	1	7	
Voorkeursleverancier	1	7	
W	Wachtljstbemiddeling, zorg- en wachtljstbemiddeling	35	35
	Wet BIG	1	7
	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	11
	Wtg-tarieven	1	7
Z	Zelfstandig behandelcentrum	1	7
	Ziekenhuis	1	7
	Ziekenhuisopname	14, 15, 26.3, 31	21, 29, 32
	Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	33, 34	33, 34
	Zorg, zorg of overige diensten	1	7
	Zorgautoriteit i.o./CTG	1	4
	Zorgbemiddeling, zorg- en wachtljstbemiddeling	35	35
	Zorghotel	1	7
	Zorg in een (andere) lidstaat van de Europese Unie of EER-lidstaat	9	15
	Zorgpolis	1	7
	Zorgverzekeraar VGZ	1	7
	Zorgverzekering	1	7
	Zww, Zorgverzekeringswet	1	7

Zorgverzekeraar



www.vgz.nl