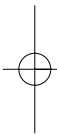
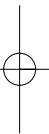




Polisvoorwaarden 2006

Basispolis Basic



Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de Algemene Voorwaarden aan, die van toepassing zijn op de Agis Basispolis Basic en de aanvullende verzekeringen. In de Algemene Voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken. Tevens treft u de lijst van aanspraken aan van uw Agis Basispolis Basic. De lijst van aanspraken van uw aanvullende verzekering vindt u in separate polisvoorwaarden.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

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

Lijst van aanspraken

In deze lijst vindt u omschreven onder welke voorwaarden u aanspraak hebt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor verstrekking in aanmerking komen.

De Agis Basispolis Basic verzekert het risico als bedoeld in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet en geeft u recht op de prestaties als bedoeld in artikel 11 van die Wet, zoals onder andere huisarts, geneesmiddelen, hulpmiddelen, specialistische zorg en (bijzondere) ziekenhuiszorg.

De Agis Basispolis Basic gaat uit van aanspraak op gecontracteerde zorg (in natura). Indien u geen gebruik maakt van een gecontracteerde zorgverlener dan vindt u de vergoeding van de gemaakte kosten (via restitutie) ook vermeld bij de betreffende verstrekking.

Als uitbreiding op de Agis Basispolis Basic kunt u kiezen voor een aanvullende verzekering.

In de omschrijving van de dekkingen wordt per dekkingsonderdeel zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Prestatie, Verwijzing, Machtiging en Bijzonderheden.

Lijst van gecontracteerde zorgverleners

Voor een overzicht van de zorgverleners die een contract hebben met Agis (zogenaamde gecontracteerde zorgverleners) kunt u terecht op onze website www.agisweb.nl. Op de website vindt u onder de 'Zorggids' per verstrekking c.q. behandeling de gecontracteerde zorgverleners bij u in de buurt. U kunt ook telefonisch met ons contact opnemen voor informatie over gecontracteerde zorgverleners bij u in de regio (telefoonnummer zie achterzijde).

Uitsluitingen

- 1 Geen aanspraak op grond van deze polis bestaat op:
 - de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
 - griepvaccinaties;
 - alternatieve geneeswijzen;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
 - kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ten behoeve van verloskundige zorg;
 - declaraties als gevolg van niet-nagekomen afspraken;
 - indien de schade is veroorzaakt door terrorisme kan de dekking beperkt worden door de Minister van Financiën.

- 2 Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartsverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.
- 3 In aanvulling op deze Algemene Voorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)' van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam gedeponereerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocol afwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponereerd onder nummer 79/2003. Registratie heeft tevens plaatsgevonden bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage op 12 juni 2003 onder nummer 27178761. Op aanvraag verstrekt de verzekeraar kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via www.terrorisneverzekerd.nl.
- 4 Overigens zijn er ook, geheel volgens de wettelijke bepalingen, situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn voor de duidelijkheid omschreven bij de betreffende rubrieken. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw aanspraak of recht op vergoeding.

Bepaalde vormen van zorg die in deze polis zijn uitgesloten, kunnen wel vergoed worden vanuit een aanvullende verzekering.

Overige bepalingen

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

Agis Zorgverzekeringen
december 2005

Inhoudsopgave

Algemene Voorwaarden

1	Begripsomschrijvingen	7
2	Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis	12
3	Algemene Voorwaarden	12
4	Grondslag van de zorgverzekering	12
5	Begin van de zorgverzekering	12
6	Einde van de zorgverzekering	12
7	Omvang van de dekking	13
8	Toestemming en verwijzing	14
9	Afhandeling schade en declaraties	14
10	Afspraken met de zorgverleners	15
11	Agis Wachtlijstbemiddeling	15
12	Eigen risico	15
13	No-claim regeling	16
14	Premiebetaling	16
15	Wijziging van premie of voorwaarden	18
16	Verplichtingen verzekeringnemer	18
17	Letselschadeservice	19
18	Fraude	19
19	Geschillenregeling	19
20	Persoonsregistratie	19
21	Bijzondere bepalingen die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen	20
22	Ingangsdatum Algemene Voorwaarden	21

Lijst van aanspraken

1 Huisartsenzorg	22
2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek	23
a. Niet-klinische medisch-specialistische zorg door een extra-muraal werkende medisch specialist	23
b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg door een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum	23
c. Plastisch-chirurgische behandelingen	24
d. Audiologische zorg	25
e. Chronisch intermitterende beademing	25
f. Erfelijkheidsonderzoek en advisering	26
g. Zorg bij trombose	26
h. Oncologische aandoeningen bij kinderen	27
3 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	27
a. Ziekenhuisopname	27
b. Nierdialyse	27
c. Orgaantransplantatie	28
4 Ketenzorg (voor diabetici)	28
5 Zorg in verband met de geboorte van een kind	29
a. In vitro fertilisatie	29
b. Verloskundige zorg	29
c. (Poli)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk	29
d. (Poli)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk	30
e. Kraamzorg	30
6 Farmaceutische zorg	31
7 Hulpmiddelen	32
8 Revalidatie	32
9 Ziekenvervoer	33
a. Helikoptervervoer en ambulancevervoer	33
b. Zittend ziekenvervoer	33
10 Mondzorg	34
a. Bijzondere tandheeskundige zorg	34
b. Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar	35
c. Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak	36
d. Kaakchirurgische zorg	37

11 Paramedische zorg	37
a. Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	37
b. Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar	38
c. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	38
d. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar	39
e. Logopedie	39
f. Ergotherapie	39
g. Dieetadvisering	39
12 Buitenlanddekking	40
Bijlage bij artikel 12 Eigen risico	41

Algemene Voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvraagformulier:

Verzoek tot het sluiten van een overeenkomst van zorgverzekering.

Aanvullende verzekering:

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

Agis Zorgverzekering:

De tussen de OWM Agis Zorgverzekeringen en verzekeringnemer ten behoeve van zichzelf en/of (een) andere(n) verzekeringsplichtige(n) gesloten zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet, die geregeerd wordt, behalve hetgeen bij of krachtens de wet is bepaald, door deze polisvoorwaarden.

Apotheker:

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

Arts:

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

Audiologisch centrum:

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

AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Beademingscentrum:

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

Bedrijfsarts:

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde:

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

Collectieve overeenkomst:

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

Contractant:

Het rechtssubject waarmee de collectieve overeenkomst van zorgverzekering is aangegaan.

Dbc-tarief:

De kosten van het ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of extra-muraal werkende medisch specialist inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer begrepen het honorarium van de medisch specialist.

Deelnemer:

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

Diëtist:

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

Eigen risico:

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

Ergotherapeut:

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

EU/EER:

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

Fraude:

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

Fysiotherapeut:

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

Gekwalificeerd zorgverlener:

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

Hoofdverzekering:

De Agis Zorgverzekering.

Huisarts:

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

Hulpmiddelen:

De middelen die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Instelling voor tandheelkundige zorg:

Een in Nederland als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor tandheelkundige zorg, zoals instelling voor jeugd tandzorg en instelling voor mondzorg.

Kaakchirurg:

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

Kalenderjaar:

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

Ketenzorg:

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

Kinderen:

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

Kraamcentrum:

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar erkend kraamcentrum, waar kraamverzorgsters in dienst zijn en de kraamzorg leveren bij en na een (thuis)bevalling.

Kraamhotel:

Een locatie waar niet-medisch geïndiceerde bevallingen kunnen plaatsvinden onder begeleiding van een verloskundige of verloskundig actieve huisarts. Tevens wordt door het kraamhotel kraamzorg aangeboden tijdens de bevalling en daarna.

Kraamzorg:

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. De zorg wordt verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger(ster).

Letselschadeservice:

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

Logopedist:

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

Medisch adviseur:

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist:

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

Modelovereenkomst:

Voorbeeldovereenkomst van een door Agis aan te bieden zorgverzekering.

Mondhygiënist:

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

Natura:

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

Niet-gecontracteerde zorg:

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

Oefentherapeut:

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

Ongeval:

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Opname:

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

Orthodontist:

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

Polisblad:

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

Premiegrondslag:

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

Prestatie:

(Aanspraak op) zorg of vergoeding van kosten van zorg conform artikel 11 van de Wet.

Pretecho:

Echo niet op medische gronden geïndiceerd of noodzakelijk.

Regeling zorgverzekering:

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

Restitutie:

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

Tandarts:

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

Tandprotheticus:

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

Verblijf:

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verloskundige:

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

Verpleegkundige:

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

Verzekeringnemer:

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

Verzekerde:

Degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Wet, door de overeenkomst van zorgverzekering wordt gedekt, en ten behoeve van wie een polisblad is afgegeven.

Verzekeringsplichtige:

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

Wet:

De Zorgverzekeringswet (Zvw).

Wet BIG:

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijzigingsformulier:

Verzoek tot het wijzigen van een overeenkomst van zorgverzekering.

WTG-tarief:

Een door het College Tarieven Gezondheidszorg-Zaio landelijk vastgesteld tarief.

Zelfstandig behandelcentrum:

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

Ziekenhuis:

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

Zorgverlener:

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

(Zorg)verzekeraar:

Onderlinge Waarborgmaatschappij Agis Zorgverzekeringen U.A., dan wel voor wat betreft de aanvullende verzekering Agis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zorgverzekering:

De Agis Basispolis Basic.

2 Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis

Deze polis is van toepassing in Nederland en het buitenland, volgens de hieronder volgende voorwaarden. Zij kan worden afgesloten door verzekeringsplichtigen, wonend in of buiten Nederland.

3 Algemene Voorwaarden

- 1 Deze Algemene Voorwaarden zijn van toepassing op en maken deel uit van de Agis Basispolis Basic en voor zover mogelijk van de aanvullende verzekeringen.
- 2 Voor de dekking van de verschillende polissen geldt hetgeen in de dekkingsrubriek of in de lijst van aanspraken van de desbetreffende polis staat vermeld.

4 Grondslag van de zorgverzekering

- 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde vragenformulier.
- 2 Alleen de tekst van de verzekeringsovereenkomst is bindend zoals deze luidt, met inachtneming van eventuele wijzigingen in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

5 Begin van de zorgverzekering

- 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van een kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer voor 1 november van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.
- 2 De ingangsdatum is de datum waarop door de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekering, vermeldende welke polisvariant gewenst is, is ontvangen, dan wel de datum waarop nader gevraagde informatie is ontvangen.
- 3 De ingangsdatum kan op verzoek van degene die sluiting van de zorgverzekering verlangt liggen na de in lid 2 genoemde datum, indien degene te wiens behoefte de zorgverzekering wordt gevraagd reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is.
- 4 Ondanks het hierboven in lid 3 bepaalde is de ingangsdatum voor iemand door of ten behoeve van wie een aanmelding voor een verzekering plaatsvindt als nieuwe verzekeringsplichtige in het kader van de Zorgverzekeringswet gelijk aan de datum waarop de verzekeringsplicht ontstond, als de verzekering tot stand komt binnen 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht.

6 Einde van de zorgverzekering

- 1 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 14, lid 4 onder e.
- 2 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.
- 3 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ.
- 4 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip van de verhuizing naar een woonplaats buiten het statutaire werkgebied van de zorgverzekeraar.
- 5 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.
- 6 In afwijking van artikel 7.17.1.13, 4^e lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek:
 - a kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop zijn zorgverzekeraar hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging;
 - b kan de verzekeringnemer niet opzeggen 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 van de wet gestelde regels.

- 7 De opzegging, bedoeld in het 5^e lid of het 6^e lid onder a, gaat in op de eerste dag van de 2^e kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- 8 In afwijking van het voorgaande lid gaat een opzegging, bedoeld in het 5^e lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- 9 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, als bedoeld in artikel 14 lid 5, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- 10 De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar een zorgpolis.
- 11 Indien de zorgverzekering eindigt, verstrekt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering, waarop worden aangetekend:
 - a naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaalnummer van de verzekerde;
 - b naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
 - c naam, adres en woonplaats van de zorgverzekeraar;
 - d de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
 - e of voor de verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja, met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en met welke in verband daarmee verleende korting.
- 12 Indien de zorgverzekering eindigt om de in artikel 6 lid 3 genoemde redenen, wordt dat op het in het vorige lid bedoelde bewijs aangetekend.
- 13 Onverminderd hetgeen in de voorgaande leden van dit artikel is bepaald omtrent het einde van de verzekering neemt de verzekering voorts een einde als gevolg van de omstandigheden als genoemd in artikel 18 lid 1 van deze Algemene Voorwaarden.
- 14 Indien de zorgverzekeraar op grond van mededelingen van de verzekeringnemer omtrent het overlijden van de verzekerde dan wel het eindigen van diens verzekeringsplicht tot de conclusie komt dat de 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 mede.

7 Omvang van de dekking

- 1
 - a Aanspraak op zorg als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet en het Besluit zorgverzekering. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten 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 en diensten. U hebt slechts aanspraak op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
 - b De lijst van aanspraken beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging).
 - c De zorg wordt verstrekt op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen verzekeraar en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten volgens het hieronder in lid 2 bepaalde, tenzij in de lijst van aanspraken dan wel in door de verzekeraar vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor hulpmiddelen, farmacie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen.
- 2
 - a De vergoeding van kosten bij niet-gecontracteerde zorg bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
 - b De vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 3 Verstrekking van zorg dan wel vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het overeengekomen eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden is bepaald.
- 4 In de lijst van aanspraken wordt bepaald wanneer voor zorgverlening in het buitenland toestemming moet worden gevraagd.

- 5 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van de hoofdverzekering als onder de dekking van een aanvullende verzekering en/of een tandartsverzekering dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de hoofdverzekering.
- 6 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van een aanvullende verzekering als onder de dekking van een tandartsverzekering, dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de aanvullende verzekering.
- 7
 - a De verzekerde heeft recht op zorg dan wel vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de in de wet en de polis genoemde dekkingsonderdelen en tot de in de wet en de polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Indien de dekking van zorg is opgeschort als gevolg van het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie heeft de verzekerde geen recht op zorg dan wel vergoeding van de verzekerde kosten. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
 - b Zolang de dekking niet is opgeschort mag de verzekerde van de zorgverlener, die de zorg verleent op grond van een daartoe gesloten overeenkomst met de zorgverzekeraar (zie: Natura) geen nota ontvangen.
- 8 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

8 Toestemming en verwijzing

- 1 Als in de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor de betreffende zorg c.q. de vergoeding van de betreffende zorg bij de verzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zodanig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 2 De verzekeraar betaalt in dat geval de aan de zorg verbonden kosten met inachtneming van het overigens in deze Algemene Voorwaarden bepaalde. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen, dan wordt bij de verzekeringnemer deze post in rekening gebracht.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van aanspraken, dient er een verwijzing van de huisarts of behandelend specialist te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de verzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.
- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een telefonisch gegeven toestemming van de verzekeraar, als de verzekeraar deze toestemming schriftelijk heeft bevestigd.

9 Afhandeling schade en declaraties

- 1 De verzekerde is verplicht om:
 - a de behandelend (huis)arts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
 - b de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
 - c desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - d op de hierna in punt 9.2 omschreven wijze de declaraties in te dienen;
 - e computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen;
 - f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden;
 - g bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: **0900 328 24 47** (€ 0,05 p/m).
- 2 De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten – onder overlegging van de originele nota's – bij de verzekeraar declareren. De declaratie moet bij de verzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier. De vergoeding zal worden overgemaakt op het bij Agis met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst bekende rekeningnummer.

- 3 De verzekerde ontvangt van de verzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
- 4 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.

10 Afspraken met de zorgverleners

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

11 Agis Wachtlijstbemiddeling

- 1 Als u te maken krijgt met een lange wachttijd in uw ziekenhuis, dan kunt u gratis een beroep doen op Agis Wachtlijstbemiddeling. Wij gaan dan actief zoeken naar een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. Agis Wachtlijstbemiddeling probeert allereerst een ziekenhuis in uw regio in te schakelen. Als dit niet lukt wordt gezocht naar mogelijkheden bij een ziekenhuis buiten de regio, een Zelfstandig Behandel Centrum of een ziekenhuis in het buitenland. Uiteraard blijft het altijd uw eigen beslissing of u gebruik maakt van kortere wachttijden in een ander ziekenhuis.
- 2 Agis Wachtlijstbemiddeling informeert en bemiddelt over wachttijden met betrekking tot:
 - opname in het ziekenhuis;
 - dagbehandeling in het ziekenhuis;
 - toegangstijd polikliniek;
 - poliklinische behandeling;
 - diagnostisch onderzoek.

Agis Wachtlijstbemiddeling informeert niet over wachttijden voor kraamzorg. Hiervoor verwijzen wij u naar Agis Topkraamzorg. Zie voor het telefoonnummer de achterpagina van deze polisvoorwaarden. Voor informatie over wachtlijsten van verpleeg- en verzorgingshuizen kunt u terecht bij het Zorgkantoor in uw regio.

TIP

U kunt uw verzoek voor wachtlijstbemiddeling indienen via het speciale aanvraagformulier op onze website www.agisweb.nl of telefonisch 0900 266 94 63 (€ 0,05 p/m).

12 Eigen risico

- 1 De Agis Basispolis Basic kent 6 varianten van eigen risico: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- en € 500,- per kalenderjaar voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De bij de eigen risico's behorende kortingen op de premiegrondslag zijn opgenomen in de 'Bijlage bij artikel 12 Eigen risico'. Het door de verzekeringnemer gekozen eigen risico met de bijbehorende korting op de premiegrondslag wordt vermeld op het polisblad.
- 2 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico.
- 3 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden voor beantwoording van de vraag of een eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.
- 4 Kosten van zorg, die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claim als bedoeld in artikel 13, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.

- 5 Voor de bepaling van het toepasselijke eigen risico is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst 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 zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- 6 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 7 Een door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risico-bedrag dient op het 1^e schriftelijke verzoek aan de verzekeraar te worden terugbetaald.
Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met f. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

13 No-claim regeling

- 1 Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze polis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,-, heeft de verzekerde van 18 jaar en ouder jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. Op de no-claim is niet van toepassing:
 - bezoek van en aan de huisarts;
 - verloskunde en kraamzorg.
- 2 Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het 1^e lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.
- 3 Voor de bepaling van het recht op no-claim teruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt de no-claimteruggave berekend door het te restitueren bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen van het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 4 Voor de vaststelling van de no-claim wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 5 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden bij de berekening van de no-claimteruggave buiten beschouwing gelaten.

14 Premiebetaling

- 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de 1^e dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- 3 Voor verzekeringen afgesloten in het kader van een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt dat de wijze van betaling van de premie is vastgesteld in de tussen contractant en verzekeraar gesloten overeenkomst.
- 4 Zowel voor individuele verzekeringnemers als voor deelnemers aan een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt het navolgende:
 - a de premiegrondslag wordt weergegeven op het polisblad, daarop wordt tevens aangegeven welke premie hoort bij het gekozen eigen risico en hoeveel korting gegeven wordt op grond van een eventueel bestaand collectief contract;
 - b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks, per kwartaal, per half jaar of jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen, bij voorkeur via automatische incasso. Indien de verze-

- keringnemer kiest voor een andere betaalwijze dan automatische incasso brengt de verzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening. Deze administratiekosten worden vermeld op het polisblad. De premie is verschuldigd vanaf de 1^e vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden;
- c de premie en administratiekosten zijn verschuldigd op de premievervaldag. De premievervaldag is de laatste dag van de periode voorafgaande aan de periode waarover de premie is verschuldigd;
- d indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies, en/of administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet of niet geheel op de premievervaldag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig. De nalatige verzekeringnemer wordt eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie en administratiekosten te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekeringnemer is gehouden tot vergoeding van de door de verzekeraar gemaakte buitengerechtelijke incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder f;
- e indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim. De zorgverzekeraar schorst in dat geval de verzekeringsovereenkomst, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen onverlet laat. De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf de meest recente premievervaldag. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de verzekeraar is ontvangen;
- f indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet op de premievervaldag danwel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden heeft betaald, is de verzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurde herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-;
- g vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke vertragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen;
- h de verzekeraar kan volledige betaling van de premie of andere schuld weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden;
- i de verzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtelijke incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen; het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;
- j bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;
- k indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden voor de aanvullende verzekering hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de voor die verzekering verschuldigde bedragen.
- 5 De verzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 3 maanden nalatig is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, het eigen risico of alle overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).
- 6 Indien in geval van een collectieve overeenkomst is overeengekomen dat de premie door (tussenkomenst van) de contractant wordt voldaan, stelt de verzekeraar bij niet tijdige betaling de deelnemer eenmaal in de gelegenheid alsnog de verschuldigde premies en/of wettelijke bijdrage te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. Indien de deelnemer de verschuldigde premie niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief heeft voldaan, is hij rechtens in verzuim. De verzekeraar schorst in dat geval de verzekeringsovereenkomst en is ook in deze situatie gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de deelnemer tenminste 3 maanden nalatig is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten). Lid 4 onder sub d tot en met k is van overeenkomstige toepassing.

15 Wijziging van premie of voorwaarden

- 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop Agis hem het voornemen tot verhoging van de premiegrondslag heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.
- 2 De verzekeringnemer kan de verzekering niet opzeggen 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 van de wet gestelde regels.
- 3 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien.
- 4 De herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening schriftelijk mededeling.
- 5 In het geval de verzekeraar een wijziging in de voorwaarden aanbrengt die betrekking heeft op de termijnen van zorgaanspraken of de hoogte van de vergoeding, dan worden de gedane vergoedingen vóór de wijziging van de voorwaarden meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van de gewijzigde voorwaarden. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.

16 Verplichtingen verzekeringnemer

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

17 Letselschadeservice

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

18 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, behoudt verzekeraar zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de zorgverzekering en indien van toepassing de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de verzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraude-signaleringsstelsel.
- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de verzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.
- 4 De verzekerde is verplicht om bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: **0900 328 24 47** (€ 0,05 p/m).

19 Geschillenregeling

- 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze polis genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient gericht te worden aan het Klachtenbureau van Agis.
- 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
- 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

20 Persoonsregistratie

- 1 De verzekeraar legt wanneer verzekeringnemer of deelnemer contact met verzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwickelen van de zorgverzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer te informeren over de producten en diensten van verzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies/informatie.

- 2 De verzekeraar behoudt zich het recht voor de verkregen en verwerkte persoonsgegevens aan derden waaronder begrepen zorgverleners, herverzekeringsmaatschappijen, medische adviseurs, het Regionaal Indicatie Orgaan en toezichthouders te verstrekken voor zover dat voor de uitvoering van de (ziektelasten)verzekering of voor zover dat voor de uitvoering van overige hiervoor genoemde doelen van verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is.
- 3 De verzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.
- 4 Verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer kan de verzekeraar verzoeken om verstrekking van een overzicht van verwerkte persoonsgegevens. Verzekeraar zal verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer binnen 4 weken, mits zij daartoe wettelijk gehouden is, het overzicht verstrekken. Indien er onjuistheden zijn in de door verzekeraar geregistreerde persoonsgegevens, kan de verzekeringnemer, verzekerde of deelnemer de verzekeraar schriftelijk verzoeken tot correctie of verwijdering van deze persoonsgegevens. Voor het verstrekken van bovengenoemd overzicht kan een bijdrage in de kosten worden verlangd.

21 Bijzondere bepalingen die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen

- 1 De verzekeraar is bevoegd een aspirant-verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren:
 - in geval een hoofdverzekering of aanvullende verzekering wegens wanbetaling door verzekeraar is beëindigd;
 - als is komen vast te staan dat de verzekeraar in het verleden schade heeft geleden door onrechtmatige gedraging van de aspirant-verzekerde.
- 2 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering (tenzij de verzekeraar toestemming geeft hiervan af te wijken).
- 3 De aanvullende verzekering geldt gedurende een kalenderjaar. Wanneer de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt dan heeft de verzekering een looptijd vanaf de dag waarop de inschrijving plaatsvindt tot het einde van het betreffende kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze overeenkomst opzegt als bepaald in artikel 6.
- 4 Als de verzekerde is ingeschreven voor een aanvullende verzekering wordt dat vermeld op het polisblad.
- 5 Als de verzekeraar het aanvraagformulier dan wel wijzigingsformulier heeft ontvangen, en de verzekeraar de aspirant-verzekeringnemer accepteert, dan schrijft de verzekeraar de verzekerde(n) in per 1 januari volgend op het jaar waarin het inschrijvingsverzoek is ontvangen. Als de verzekeringnemer tegelijkertijd inschrijving vraagt voor zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering, dan wordt de verzekerde ingeschreven op de dag waarop deze op grond van de hoofdverzekering aanspraak kan maken op prestaties. Deze gelijktijdige inschrijving vindt echter niet plaats als de verzekerde met terugwerkende kracht voor de hoofdverzekering wordt ingeschreven. In dat geval gaat de aanvullende verzekering in op de datum van binnenkomst van het aanvraagformulier dan wel wijzigingsformulier en de acceptatie door verzekeraar van de verzekeringnemer. De leden 2 en 4 van dit artikel zijn onverminderd van toepassing.
- 6 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat de verzekeraar de eventueel reeds betaalde premie terugstort en de verzekeringnemer is gehouden de eventueel betaalde zorgkosten terug te betalen.
- 7 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan verzekeraar verstrekte mededelingen.
- 8 Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van tandheelkundige zorg extra worden bijverzekerd. De verzekeraar kan bepaalde dekkingscombinaties uitsluiten. Voor bepaalde tandartsverzekeringen geldt medische acceptatie. De extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg is een gezinsverzekering (tenzij de verzekeraar toestemming geeft hiervan af te wijken); zij kan alleen door de verzekeringnemer worden aangegaan. De extra verzekering geldt dan tevens voor alle meeverzekerden.

- 9 De verzekeringnemer heeft eenmaal per jaar – en wel telkens per 1 januari – de gelegenheid om van pakket te veranderen:
- de verzekeraar behoudt zich het recht voor om bij omzetting naar andere pakketten medische acceptatie als voorwaarde te kunnen stellen voor inschrijving;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg kan worden omgezet naar één van de andere tandartsverzekeringen van de verzekeraar, waarbij geldt dat voor bepaalde tandartsverzekeringen medische acceptatie een voorwaarde is voor inschrijving;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg kan worden opgezegd;
 - wijzigingen kunnen worden doorgegeven binnen 30 dagen na ontvangst van de dekkings- en polisvoorwaarden voor het komende jaar.
- 10 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in lid 9 bij het eerste punt is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.

22 Ingangsdatum Algemene Voorwaarden

Deze Algemene Voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2006.

Lijst van aanspraken

Met de invoering van de basisverzekering mag iedereen zelf bepalen bij welke zorgverlener hij of zij zich laat behandelen. U kunt nog steeds naar een zorgverlener die een overeenkomst heeft met Agis, maar u kunt nu ook terecht bij zorgverleners zonder contract. De vergoeding hiervan kan grofweg op twee manieren plaatsvinden.

Gecontracteerde zorg

Bij gecontracteerde zorg sluit Agis contracten af met zorgverleners. In die contracten worden afspraken gemaakt over de kwaliteit, inhoud, tarieven, doelmatigheid en betaling van de zorg. Wanneer u behandeld wordt door een zorgverlener die een contract heeft met Agis, ontvangt u hiervoor geen rekening. De zorgverlener dient de declaratie rechtstreeks in bij Agis.

Niet-gecontracteerde zorg

Hierbij gaat het om zorg die wordt geleverd door een erkende zorgverlener die geen contract heeft met Agis. Er zijn met deze zorgverlener dus geen afspraken gemaakt over de kwaliteit, inhoud, tarieven, doelmatigheid en betaling van de zorg. De zorgverlener schrijft voor de behandeling een rekening uit, die door u zal moeten worden voorgeschoten. Agis vergoedt vervolgens achteraf geheel of gedeeltelijk de kosten. Bij niet-gecontracteerde zorg is het dus mogelijk dat u zelf moet bijbetalen!

Agis streeft ernaar zoveel mogelijk zorgverleners te contracteren. Dit heeft voor u verschillende voordelen:

- u krijgt uw zorg volledig vergoed;
- u bent verzekerd van kwalitatief goede zorg;
- u hoeft geen kosten voor te schieten.

Uiteindelijk bent u degene die bepaalt naar welke erkende zorgverlener u gaat!

Hoe vindt u een gecontracteerde zorgverlener?

Voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners kunt u terecht op onze website www.agisweb.nl. Op deze website vindt u de 'Zorggids', waarin u per verstrekking c.q. behandeling eenvoudig kunt zoeken naar een zorgverlener bij u in de buurt. Uiteraard kunt u ook telefonisch contact opnemen voor informatie over gecontracteerde zorgverleners bij u in de regio.



De kosten worden vergoed op basis van het, op het moment van behandeling, door of namens Agis met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland-geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen Agis en de zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt Agis genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van aanspraken dan wel in door Agis vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor hulpmiddelen, farmacie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij Agis kosteloos opvragen. Ook zijn de reglementen te raadplegen en te downloaden vanaf internet op www.agisweb.nl of opvraagbaar via onze Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,05 p/m).

1 Huisartsenzorg

Omschrijving: zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden. Deze zorg omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Zorgverlening: huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak bij de huisarts waar verzekerde is

Niet-gecontracteerde zorg: ingeschreven. Bij spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente geldt volledige aanspraak.
volledige vergoeding van de inschrijving (maximaal 1 maal per kalenderjaar) en het consult. Bij spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente geldt volledige vergoeding.

Bijzonderheden: • verloskundige zorg door de huisarts; zie lijst van aanspraken bij artikel 5.b;
• niet-spoedeisende zorg buiten de eigen gemeente wordt niet vergoed.

Uitsluitingen: • keuringen;
• griepvaccinaties;
• vasectomie (sterilisatie bij mannen);
• circumcisie (besnijdenis);
• reizigersadvisering.

2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek

a Niet-klinische medisch-specialistische zorg door een extra-muraal werkende medisch specialist (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen)

Omschrijving: onderzoek en behandeling door een extra-muraal werkende medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: extra-muraal werkende medisch specialist.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten of 80% van het gedeclareerde bedrag. Deze laatste vergoeding geldt uitsluitend voor behandelingen, door niet-gecontracteerde extra-muraal werkende medisch specialisten, die behoren tot het zogenaamde DBC-B segment (o.a. knie-, lies-, heup- en staaroperaties, zie overzicht bij artikel 2. b).

Verwijzing: huisarts, tandarts, verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden: in vitro fertilisatie, zie lijst van aanspraken artikel 5.a.

Uitsluitingen: • uvuloplastiek als behandeling bij snurken;
• behandeling gericht op sterilisatie en ongedaan maken van sterilisatie van man of vrouw;
• behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenoemde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket.

b Niet-klinische medisch-specialistische zorg door een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling (poliklinisch of in dagverpleging) door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialisten in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.

Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten of 80% van het gedeclareerde bedrag. Deze laatste vergoeding geldt uitsluitend voor behandelingen, door een niet-gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, die behoren tot het zogenaamde DBC-B segment (o.a. knie-, lies-, heup- en staaroperaties, zie overzicht hieronder). Het beleid van Agis is erop gericht om alle ziekenhuizen te contracteren, zodat u praktisch altijd uw behandeling volledig vergoed krijgt.

Verwijzing: huisarts, tandarts of verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden: in vitro fertilisatie, zie lijst van aanspraken artikel 5. a.

Uitsluitingen:

- uvuloplastiek als behandeling bij snurken;
- behandeling gericht op sterilisatie en ongedaan maken van sterilisatie van man of vrouw;
- behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenoemde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket.

Overzicht van DBC-B behandelingen

Amandelen	Jicht	Spataderen
Baarmoederhalsafwijkingen	Klachten door terugstroom van maaginhoud in slokdarm	Staar
Blaasgezwel	Knieslijtage	Suikerziekte bij volwassenen en bij kinderen
Borstverkleining of borstlift	Liesbreuk	Urineleidersteen
Fijnvlekkige longafwijkingen	Maagklachten en andere bovenbuikspijn	Ziekte van Bechterew
Heupslijtage (arthrosis)	Niersteen	
Incontinentie/verzakkingsproblematiek	Rughernia	

TIP

Het beleid van Agis is erop gericht om zo breed mogelijk te contracteren. Agis heeft dan ook met alle gerenommeerde ziekenhuizen contracten afgesloten. Bij een gecontracteerd ziekenhuis heeft u volledige aanspraak op zorg. Op onze internetsite www.agisweb.nl vindt u onder de link **Zorggids** een overzicht van de zorgverleners waarmee Agis afspraken heeft gemaakt. U kunt ook bellen met onze Klantenservice, telefoon **0900 86 85** (€ 0,05 p/m).

c Plastisch-chirurgische behandelingen

Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezig chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Zorgverlening: (plastisch) chirurg in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.

Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten of 80% van het gedeclareerde bedrag. Deze laatste vergoeding geldt uitsluitend voor behandelingen, door een niet-gecontracteerd ziekenhuis en zelfstandig behandelcentrum, die behoren tot het zogenaamde DBC-B segment (o.a. knie-, lies-, heup- en staaroperaties, zie overzicht bij artikel 2. b). Het beleid van Agis is erop gericht om alle ziekenhuizen te contracteren, zodat u praktisch altijd uw behandeling volledig vergoed krijgt.

Verwijzing: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij Agis afspraken heeft gemaakt met het gecontracteerde ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluitingen:

- behandeling voor correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Het gaat hierbij ook om operaties ter vervanging van borstprothesen anders dan na het implanteren van dergelijke prothesen na een (gedeeltelijke) borstamputatie.

TIP

**Agis-leden kunnen 15% korting krijgen op cosmetische chirurgie.
Voor meer informatie, kijk op www.agisweb.nl.**

d Audiologische zorg

Omschrijving: aanspraak bestaat op zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- 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;
- zorg bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot 7 jaar.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

e Chronisch intermitterende beademing

Omschrijving: noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit:

- a het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde op gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Zorgverlening: beademingscentrum (toegelaten centrum voor chronisch intermitterende beademing).

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: longarts.

f Erfelijkheidsonderzoek en advisering

1 preconceptuele diagnostiek en prenatale diagnostiek.

- Omschrijving: • preconceptuele diagnostiek en advisering omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen bij de verzekerde en zonodig bij familieleden, waaronder:
- stamboomonderzoek;
 - chromosomenonderzoek;
 - biochemisch onderzoek;
 - DNA-onderzoek;
 - erfelijkheidsadviesing;
 - psychosociale begeleiding verband houdend met de erfelijkheidsadviesing.
 - prenatale diagnostiek en advisering omvat onderzoek van materiaal verkregen door middel van chorionbiopsie en/of vruchtwaterpunctie op algemeen aanvaarde medische indicatie (chromosomenonderzoek, biochemisch onderzoek en DNA-onderzoek) en/of ultrageluidonderzoek bij verdenking op het bestaan van afwijkingen.

Zorgverlening: centrum voor erfelijkheidsonderzoek en advisering.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: verloskundige, huisarts of behandelend medisch specialist.

2 postnatale diagnostiek.

- Omschrijving: • preconceptuele diagnostiek en advisering omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen bij de verzekerde en zonodig bij familieleden, waaronder:
- stamboomonderzoek;
 - chromosomenonderzoek;
 - biochemisch onderzoek;
 - DNA-onderzoek;
 - erfelijkheidsadviesing;
 - psychosociale begeleiding verband houdend met de erfelijkheidsadviesing.

Zorgverlening: centrum voor erfelijkheidsonderzoek en advisering.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts, kinderarts of behandelend medisch specialist.

Bijzonderheden: onderzoek van een doodgeboren kind op het bestaan van erfelijke afwijkingen komt ten laste van de ziektekostenverzekering van de moeder.

Uitsluitingen: chromosoom- of DNA-onderzoek voor bepaling van het ouderschap.

g Zorg bij trombose

- Omschrijving: a het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
b verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
c het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
d het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
e het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Zorgverlening: een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten trombosedienst.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: medisch specialist of huisarts.

h Oncologische aandoeningen bij kinderen

Omschrijving: centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Zorgverlening: Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: niet van toepassing, stichting Skion is gecontracteerd.

3 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a Ziekenhuisopname

Omschrijving: medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Zorgverlening: ziekenhuizen.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten of 80% van het gedeclareerde bedrag. Deze laatste vergoeding geldt uitsluitend voor behandelingen, door een niet-gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, die behoren tot het zogenaamde DBC-B segment (o.a. knie-, lies-, heup- en staaroperaties, zie overzicht bij artikel 2. b). Het beleid van Agis is er op gericht om alle ziekenhuizen te contracteren, zodat u praktisch altijd uw behandeling volledig vergoed krijgt.

Machtiging: ja, vooraf bij (dag)opnames voor plastisch chirurgische behandelingen.

Verwijzing: huisarts, tandarts, medisch specialist, bedrijfsarts, verloskundige.

Bijzonderheden:

- aanspraak op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis bestaat gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreking wegens weekend- en vakantieverlof telt wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- de no-claim en een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts eenmaal worden ingehouden;
- de no-claim en een eventueel eigen risico wordt in dat geval slechts berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

b Nierdialyse

Omschrijving: aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Zorgverlening: ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of dialysecentrum.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Machtiging: ja, vooraf uitsluitend voor thuisdialyse en woningaanpassingen.

Bijzonderheden: tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- de vergoeding van kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;

- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover Agis die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover Agis die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

c **Orgaantransplantatie**

- Omschrijving:
- aanspraak bestaat op transplantatie van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever(orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de aanspraak vallen tevens de kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
 - de donor heeft aanspraak op zorg conform deze verzekeringsovereenkomst gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Zorgverlening: door een Nederlands ziekenhuis met een WBMV-vergunning voor orgaantransplantatie.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Machtiging: ja, vooraf.

4 **Ketenzorg (voor diabetici)**

Omschrijving: de in het contract met de zorgverlenersgroep en in overeenstemming met de Wet en daaruit voortvloeiende regelingen overeengekomen zorg voor een speciale groep verzekerden, in dit geval diabeteszorg.

Zorgverlening: zorgverlenersgroep. Dit is een groep van zorgverleners die verantwoordelijk is voor de omschreven zorg.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

TIP

U kunt op www.agisweb.nl of via onze Klantenservice 0900 86 85 (€ 0,05 p/m) navragen met welke zorgverleners Agis contracten heeft gesloten voor ketenzorg.

5 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a In vitro fertilisatie

- Omschrijving:** voor vrouwelijke verzekerden het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's volgens de in vitro fertilisatie methode (IVF of ICSI), inhoudende de fasen:
- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
 - het afnemen van eicellen;
 - de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
 - de implantatie van een of meer in de fase, bedoeld onder 3^e bullit, ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Zorgverlening: door een IVF-centrum met een WBMV-vergunning voor IVF.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap volledige aanspraak op de 2^e en 3^e IVF-poging.
 Niet-gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap worden de kosten van de 2^e en 3^e IVF-poging volledig vergoed.

Verwijzing: gynaecoloog.

- Bijzonderheden:**
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een voortgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de 1^e dag na de laatste menstruatie;
 - aanspraak op een IVF-poging bestaat slechts indien:
 - een verzekerde een 1^e IVF-poging heeft ondergaan en;
 - voor de behandeling een medische indicatie geldt, dat wil zeggen infertiliteit en;
 - het niet een experimentele behandeling (indicatie of techniek) betreft.

b Verloskundige zorg

Omschrijving: zorg aan vrouw en kind voor, tijdens en na de bevalling (prenatale, natale en postnatale zorg) zoals verloskundigen die plegen te bieden.

Zorgverlening: verloskundige, verloskundig actieve huisarts of gynaecoloog werkzaam in een ziekenhuis.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
 Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: voor behandeling door de gynaecoloog is een verwijzing nodig door verloskundige of huisarts.

- Bijzonderheden:**
- onderzoeken zoals echo's en bloedonderzoeken worden uitsluitend vergoed als hiervoor een medische indicatie is;
 - een echo voor een nekplooiemeting wordt slechts vergoed als de zwangere 36 jaar of ouder is en als deze echo onderdeel is van de screening op het syndroom van Down.

Uitsluitingen: pretecho's, video's, cd-roms en andere echo's zonder medische indicatie.

c (Poli)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling om medische redenen in een ziekenhuis inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch.

Zorgverlening: ziekenhuis, de zorg wordt verder verleend door verloskundige, gynaecoloog of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
 Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts of verloskundige.

- Bijzonderheden:**
- verzekerde heeft ook recht op verblijf bij de opgenomen moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan 3 maanden wegens borstvoeding, zolang Agis voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd;
 - indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 5.e.

d (Poli)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling op verzoek van de verzekerde in een kraamhotel of in het ziekenhuis zonder medische noodzaak inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch.

Zorgverlening: ziekenhuis of kraamhotel, zorg wordt verder verleend door verloskundige, gynaecoloog of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie: Gecontracteerde zorg:	aanspraak voor verloskundige zorg door verloskundige of verloskundig actieve huisarts in ziekenhuis of kraamhotel (gebruik verloskamer). Zowel de moeder als het kind betalen een eigen bijdrage van € 14,- per dag die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 100,50 per dag te boven gaat.
Niet-gecontracteerde zorg:	vergoeding van de kosten van verloskundige zorg door verloskundige of verloskundig actieve huisarts in ziekenhuis of kraamhotel (gebruik verloskamer). Zowel de moeder als het kind betalen een eigen bijdrage van € 14,- per dag die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 100,50 per dag te boven gaat.

- Bijzonderheden:** indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling verstreken is bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 5.e.

TIP

**Aanmelden bij Agis Topkraamzorg uiterlijk 5 maanden vóór de bevalling.
Telefoonnummer: 0900 88 07 (€ 0,05 p/m).**

e 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. De zorg wordt verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger(ster).

Zorgverlening: kraamcentrum.

Prestatie: Gecontracteerde zorg (inschrijving via Agis Topkraamzorg):	aanspraak op de inschrijving, intake, bevallingsassistentie en kraamzorg conform landelijk indicatieprotocol. Per kraamzorguur is een wettelijke eigen bijdrage van € 3,50 verschuldigd.
Niet-gecontracteerde zorg:	vergoeding van de kosten tot maximaal 90% van een rekening van een erkend kraamcentrum tot een maximum van € 1.500,- per kraamperiode. Per kraamzorguur is een wettelijke eigen bijdrage van € 3,50 verschuldigd.

- Bijzonderheden:**
- het aantal uren kraamzorg dat u ontvangt wordt, in overleg met u, vastgesteld door het kraamzorgbureau op basis van het landelijk indicatieprotocol;
 - gecontracteerde kraamzorg dient 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij Agis Topkraamzorg te worden aangemeld (telefoonnummer Agis Topkraamzorg: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden);
 - voor iedere opnamedag in het ziekenhuis of kraamhotel wordt een bepaald aantal uren, afhankelijk van de indicatie kraamzorg die is gegeven, in mindering gebracht;
 - in geval van zorg door een niet door Agis gecontracteerd kraamcentrum wordt voor iedere opnamedag in het ziekenhuis of kraamhotel een bedrag van € 185,- per dag in mindering gebracht.

TIP

Agis helpt u graag om uw keuze te maken uit de door ons gecontracteerde kraamcentra in uw regio. Ook uw verloskundige kan u daarbij helpen. Bespreek uw kraamzorg op tijd en neem daarom in de 1^e maanden van uw zwangerschap contact op met Agis Topkraamzorg telefoon **0900 88 07** (€ 0,05 p/m) of ga naar **www.agisweb.nl**. Agis heeft de kraamcentra landelijk gecontracteerd na een zorgvuldige selectie. Agis heeft met de kraamcentra uitgebreide afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg, zoals een garantie op zorg bij de thuisbevalling en deskundige begeleiding bij borstvoeding.

6 Farmaceutische zorg

Omschrijving: farmaceutische zorg omvat de aanspraak op aflevering van:

- die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Agis. De aanwijzing door Agis geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is (preferentiebeleid). Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel dan het door Agis aangewezen geneesmiddel, voorzover behandeling met het door Agis aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. Een en ander is nader uitgewerkt in het Agis Reglement Farmacie dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst door ons wordt toegestuurd. Deze is tevens in te zien via **www.agisweb.nl**;
- andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- de onder de 2^e bullit genoemde aanspraak is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van andere geneesmiddelen die op grond van de Wet geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op 150.000 verzekerden.

Zorgverlening: (internet)apotheek, apotheekketens, ziekenhuisapotheek, poliklinische apotheken of apotheekhoudend huisarts.

Prestatie: Gecontracteerde zorg:	aanspraak op basis van landelijke regelingen zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, met inachtneming van de eigen bijdrage en behoudens de voorwaarden opgenomen in het Agis Reglement Farmacie.
Niet-gecontracteerde zorg:	100% vergoeding van de kosten op basis van landelijke regelingen zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, met inachtneming van de eigen bijdrage en behoudens de voorwaarden opgenomen in het Agis Reglement Farmacie. Farmaceutische zorg die buiten het kader van de WVG valt wordt vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Voorschrift: arts, tandarts, (tandarts)specialist of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig het Agis Reglement Farmacie, voorafgaand aan de levering.

Uitsluitingen: de volgende middelen komen niet voor aflevering in aanmerking:

- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering dan wel het Agis Reglement Farmacie genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn). Voor meer informatie zie www.medicijnkosten.nl;
- antroposofische middelen en middelen die vallen onder het Besluit Homeopathische

- Farmaceutische Producten;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (tenzij in de polisvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald);
- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening niet mogen worden afgeleverd.

7 Hulpmiddelen

Omschrijving: eigendom- dan wel bruikleenverstrekking, tevens indien nodig correctie, vervanging en/of herstel van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, opgenomen in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen.

Zorgverlening: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen.

Prestatie: Gecontracteerde zorg:	aanspraak na aftrek van een eventuele wettelijke eigen bijdrage. Zie Agis Reglement Hulpmiddelen.
Niet-gecontracteerde zorg:	vergoeding van de kosten tot maximaal 90% van het laagste door Agis gecontracteerde tarief na aftrek van een eventuele wettelijke eigen bijdrage. Zie Agis Reglement Hulpmiddelen.

Voorschrift: behandelend arts en waar vereist behandelend specialist.

Machtiging: conform de voorwaarden in het Agis Reglement Hulpmiddelen.

Bijzonderheden: de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

TIP

Indien u niet weet of de leverancier een overeenkomst heeft kunt u dit met hem bespreken of contact opnemen met Agis Klantenservice, telefoon 0900 86 85 (€ 0,05 p/m) of kijken op onze website www.agisweb.nl onder de link Zorggids. Het heeft voor u als Agis verzekerde grote voordelen om uw hulpmiddel bij een door Agis gecontracteerde leverancier te verkrijgen. Zo heeft Agis vergaande afspraken gemaakt met de leveranciers over de kwaliteit van het hulpmiddel, de garantietermijn en eventuele benodigde services.

8 Revalidatie

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

Zorgverlening: een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verbonden aan een, conform de bij wet gestelde regels, toegelaten instelling voor revalidatie.

Prestatie: Gecontracteerde zorg:	volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg:	volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: medisch specialist.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen.

Bijzonderheden: • de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen/bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;

- de verzekerde dient met die zorg in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
- revalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie - gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname – of in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

9 Ziekenvervoer

a Helikoptervervoer en ambulancevervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van zieken en ongevalsslachtoffers en hun begeleiders in Nederland met ambulanceauto of helikopter. De aanspraak bestaat uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi, rolstoelbus of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer. Indien Agis de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet.

De aanspraak omvat:

- vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten (met inachtneming van een eventueel eigen risico) geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- vervoer van eerdergenoemde zorgverleners naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen. Tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

Zorgverlening: een ambulancevervoerder met een vergunning voor ambulancevervoer of Stichting Nationaal Helikoptervervoer.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: 1 helikoptervervoer via meldkamer ambulancevervoer of op verwijzing van het centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.
2 ambulancevervoer via meldkamer ambulancevervoer.

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

b Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 9. a, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per eigen auto of per door Agis tot dat doel gecontracteerde taxi- of rolstoelbusvervoerder, over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde die nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de

verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

Agis kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien Agis de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet. Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Agis vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar.

In bijzondere gevallen kan Agis vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

Prestatie: Gecontracteerde zorg:	taxivervoer: aanspraak met inachtneming van de eigen bijdrage van € 83,- per kalenderjaar, conform Agis Reglement Zittend Ziekenvervoer.
Niet-gecontracteerde zorg:	vergoeding van de kosten conform Agis Reglement Zittend Ziekenvervoer: openbaar vervoer: vergoeding van de gemaakte kosten met inachtneming van de eigen bijdrage van € 83,- per kalenderjaar; taxivervoer: vergoeding van de kosten à € 1,15 per km met inachtneming van de eigen bijdrage van € 83,- per kalenderjaar; eigen vervoer: vergoeding van de kosten à € 0,24 per km met inachtneming van de eigen bijdrage van € 83,- per kalenderjaar.

Machtiging: conform Agis Reglement Zittend Ziekenvervoer.

- Bijzonderheden: een bijdrage is niet verschuldigd:
- voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
 - voor vervoer van een instelling als bedoeld in de vorige bullit naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
 - voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

10 Mondzorg

a Bijzondere tandheelkundige zorg

Omschrijving: tandheelkundige zorg 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 tandheelkundige 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-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan

die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
 3 indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg, kaakchirurg of orthodontist.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: aanspraak, voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening op tandheelkundige implantaten geldt een wettelijke eigen bijdrage in de kosten van € 90,-.
 Niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van de kosten. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening op tandheelkundige implantaten geldt een wettelijke eigen bijdrage in de kosten van € 90,-.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden:

- onder zorg in het 1^e lid van de Omschrijving is tevens begrepen: het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;
- orthodontische zorg is slechts onder de zorg begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Deze zorg kan uitsluitend verleend worden door een orthodontist of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- de aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen;
- de verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het 1^e lid van de Omschrijving, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het 2^e lid van de Omschrijving tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

b Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 10:

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- 2 incidenteel tandheelkundig consult;
- 3 het verwijderen van tandsteen;
- 4 fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal 2 keer per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- 5 sealing;
- 6 parodontale zorg;
- 7 anesthesie;
- 8 endodontische zorg;
- 9 restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- 10 gnathologische zorg;

- 11 uitneembare prothetische voorzieningen;
- 12 tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige 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 tandheelkundige zorg;
- 14 röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Zorgverlening: tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg, kaakchirurg of mondhygiënist.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: ja, indien de zorgverlening plaatsvindt door een mondhygiënist of kaakchirurg is een verwijzing nodig van de tandarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandelingen omschreven in sub 11 en 12, tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet worden voorzien van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden: • de aanspraak wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen;
• de verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

TIP

Veel zorg aan het gebit bij jongeren tot 18 jaar, met uitzondering van orthodontie, wordt gedekt door deze verzekering. Agis adviseert u om het gebit van uw kinderen goed te laten controleren.

c Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (kunstgebit)

Omschrijving: voor verzekerden van 18 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 10.

Zorgverlening: tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg of tandprotheticus.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: aanspraak met uitzondering van een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.
Niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van de kosten tot maximaal het door Agis gecontracteerde tarief, met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25 %. Deze eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen.

Bijzonderheden: • de tandarts moet bij de aanvraag tevens de UPT-codes en de hoogte van de techniekkosten aangeven;
• de tandprotheticus moet de tarieven (inclusief techniekkosten) vermelden;
• de aanspraak op prothetische zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen.

TIP

Voor een volledige prothese kunt u niet alleen bij de tandarts terecht maar ook bij de tandprotheticus. De tandprotheticus heeft veel ervaring in het maken van gebitsprotheses. Agis heeft voor haar verzekerden met tandprotheticici goede afspraken gemaakt over de kwaliteit, prijs, nazorg en garantie. Agis helpt u daarom graag bij het vinden van een tandprotheticus bij u in de buurt. U daarvoor bellen met Agis Klantenservice op **0900 86 85** (€ 0,05 p/m) of kijken op www.agisweb.nl onder de link Zorggids.

d Kaakchirurgische zorg (met uitzondering van parodontale zorg en implantologie)

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 10: chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

Zorgverlening: kaakchirurg.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: tandarts of huisarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen.

Bijzonderheden: de aanspraak op kaakchirurgische zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen.

11 Paramedische zorg**Paramedische zorg**

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodetherapie, oedeemtherapie.

Zorgverlening: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, of oedeemtherapeut.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: niet-chronisch: aanspraak op maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen;
chronisch: aanspraak op alle medisch noodzakelijke behandelingen.
Niet-gecontracteerde zorg: niet-chronisch: vergoeding van de kosten tot maximaal 90% van het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen;
chronisch: vergoeding van de kosten tot maximaal 90% van het door Agis gecontracteerde tarief voor de medisch noodzakelijke behandelingen.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts of behandelend specialist. Fysiotherapeuten die met Agis afspraken hebben gemaakt kunnen zonder verwijzing worden benaderd.

- Bijzonderheden:
- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

TIP

Voordelen van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut: kwalitatief goede zorg, uw behandeling wordt voor 100% vergoed en de administratie wordt afgehandeld tussen Agis en de fysiotherapeut. Informatie over gecontracteerde fysiotherapeuten kunt u verkrijgen via de telefoon 0900 86 85 (€ 0,05 p/m) of kunt u bekijken op www.agisweb.nl onder Zorggids.

b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronisch)

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodetherapie, oedeemtherapie.

Zorgverlening: fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

Prestatie: Gecontracteerde zorg:	chronisch: aanspraak op alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10 ^e behandeling, vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Agis.
Niet-gecontracteerde zorg:	chronisch: vergoeding van de kosten tot maximaal 90% van het door Agis gecontracteerde tarief voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10 ^e behandeling.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts of behandelend specialist. Fysiotherapeuten die met Agis afspraken hebben gemaakt kunnen zonder verwijzing worden benaderd.

- Bijzonderheden:
- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
 - op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

c Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Prestatie: Gecontracteerde zorg:	niet-chronisch: aanspraak op maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronisch: aanspraak op alle medisch noodzakelijke behandelingen.
Niet-gecontracteerde zorg:	niet-chronisch: vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronisch: vergoeding van de kosten van de medisch noodzakelijke behandelingen.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts of behandelend specialist.

- Bijzonderheden:
- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
 - onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;

- op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

d Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronisch)

Omschrijving: voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 11: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: chronisch: aanspraak op alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10^e behandeling.
Niet-gecontracteerde zorg: chronisch: vergoeding van de kosten van de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10^e behandeling.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts of behandelend specialist.

Bijzonderheden:

- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
- onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

e Logopedie

Omschrijving: onderzoek en behandeling van stoornissen van het gehoor, stem en spraak of taal ter verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen, zowel individuele als groepsbehandeling, en strekt tot een geneeskundig doel.

Zorgverlening: logopedist.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: volledige aanspraak.
Niet-gecontracteerde zorg: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Uitsluiting: behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

f Ergotherapie

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

Zorgverlening: ergotherapeut.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: aanspraak op maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.
Niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van de kosten tot maximaal het door Agis gecontracteerde tarief voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts of behandelend specialist.

g Dieetadvisering

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

Zorgverlening: diëtist.

Prestatie: Gecontracteerde zorg: aanspraak voor maximaal 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.
Niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van de kosten voor maximaal 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.

12 Buitenlanddekking

- 1 De verzekerde die in Nederland woont en bij tijdelijk verblijf in een ander EU-verdragsland spoedeisende zorg nodig heeft, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daaraan verbonden kosten, volgens de wettelijke bepalingen van dat land. Voor intramurale zorg (gepaard gaande met verblijf) dient contact opgenomen te worden met de Agis Alarmcentrale, waarna bepaald wordt of toestemming voor opname kan worden verleend, dan wel repatriëring aangewezen is. Spoedeisende zorg is zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- 2 Het onder 1 bepaalde geldt ook bij tijdelijk verblijf in een land behorende tot de Europese Economische Ruimte of een land, niet zijnde een EU- of EER-land, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten.
- 3 De verzekerde die in Nederland woont en bij tijdelijk verblijf in een ander land dan onder 1 en 2 bedoeld spoedeisende zorg nodig heeft, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daaraan verbonden kosten, volgens de polisvoorwaarden. Voor intramurale zorg (gepaard gaande met verblijf) dient contact opgenomen te worden met de Agis Alarmcentrale, waarna bepaald wordt of toestemming voor opname verleend kan worden, dan wel repatriëring aangewezen is. Spoedeisende zorg is zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- 4 De verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande, dat Agis voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. Bij het beoordelen van de aanvraag voor toestemming wordt gelet op de termijn waarbinnen de gevraagde behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden, het behandelplan alsmede de daarvoor begrote kosten.
- 5 De verzekerde die buiten Nederland woont en zorg betreft in een andere EU/EER-staat of verdragsland heeft aanspraak op vergoeding van kosten volgens de wettelijke aanspraken van het land waar de zorg wordt betrokken. Bij het invoeren van zorg in een andere EU/EER-staat of verdragsland dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van Agis nodig, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- 6 Ten aanzien van de vergoedingen volgens de leden 3 en 4 geldt, dat deze nooit de in Nederland geldende tarieven te boven gaan.

TIP

Neem altijd als u naar het buitenland gaat uw klantenpas en het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee. Voor telefoonnummer: zie de achterpagina van deze polisvoorwaarden.

Bijlage bij artikel 12 Eigen risico

Premiegrondslag

€ 89,90 per maand.

Uw werkelijke premie kan lager uitvallen in verband met een eventuele collectiviteitskorting. Op uw polisblad staat uw werkelijke premie vermeld.

Kortingen bij eigen risico

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (zoals bedoeld in artikel 12 lid 1 van de Algemene Voorwaarden).

Eigen risico	Korting op premiegrondslag (per maand)
€ 0,-	€ 0,-
€ 100,-	€ 3,-
€ 200,-	€ 6,-
€ 300,-	€ 9,-
€ 400,-	€ 12,-
€ 500,-	€ 15,-

GRATIS WACHTLIJST-BEMIDDELING.

Komt u dit bekend voor? U hebt al een tijdje medische klachten en wordt verwezen naar het ziekenhuis. Daar blijkt dat u nog zeker een half jaar moet wachten op een operatie. Wacht niet langer, wij hebben voor u de oplossing.

Vul het aanvraagformulier wachtlijstbemiddeling in op www.zoisagis.nl of bel Agis Wachtlijstbemiddeling 0900 266 94 63 (€ 0,05 p/m)

Zo is Agis.

Als Agis-lid kunt u **gratis** een beroep doen op onze afdeling Wachtlijstbemiddeling. **Agis Wachtlijstbemiddeling** informeert en bemiddelt voor alle behandelingen, waarbij u te maken krijgt met wachttijden, zoals:

- Opname in het ziekenhuis;
- Dagbehandeling in het ziekenhuis;
- Toegangstijd polikliniek;
- Poliklinische behandeling;
- Diagnostisch onderzoek.

Agis Wachtlijstbemiddeling gaat dan voor u actief op zoek naar een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. Daarbij proberen wij allereerst een ziekenhuis in uw regio in te schakelen. Als dit niet lukt, wordt gezocht naar mogelijkheden bij een ziekenhuis buiten de regio, een Zelfstandig Behandel Centrum of een ziekenhuis in het buitenland. Op deze manier bespaart Agis al vele jaren een hoop wachttijd voor haar leden.

KORTING OP COSMETISCHE INGREPEN.

Agis doet graag iets extra's voor haar leden. Zo hebben wij voor u een korting geregeld voor cosmetische chirurgie en ooglaseren. Daarmee krijgt u een kwalitatief goede behandeling voor een aantrekkelijke prijs.

Ga naar www.zoisagis.nl
of bel Agis 0900 86 85 (€ 0,05 p/m)

Zo is Agis.

Voor cosmetische ingrepen geldt speciaal voor leden van Agis een korting op ooglaseren en cosmetische chirurgie. Agis heeft een tweetal betrouwbare klinieken geselecteerd. Dankzij de **Agis-kortingen** zijn de behandelingen aantrekkelijk van prijs.

Kijk voor meer informatie en de voorwaarden van deze kortingsregeling op www.zoisagis.nl.

ALARM!

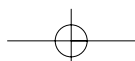
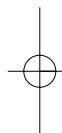
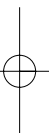
Agis doet graag iets extra's voor haar leden. De **Agis Alarmcentrale** bijvoorbeeld. Het medische steunpunt bij noodgevallen, dat altijd bereikbaar is.

Agis Alarmcentrale
+31 20 342 12 12

Zo is Agis.

Als u in het buitenland bent en u hebt directe hulpverlening nodig bij ernstige ziekte of ziekenhuisopname, kunt u 24 uur per dag, 7 dagen per week bellen met de **Agis Alarmcentrale**. Deze alarmcentrale maakt onderdeel uit van een internationaal netwerk en beschikt daarmee over zeer veel kennis van zorgverleners en ziekenhuizen in het buitenland.

Het telefoonnummer van de **Agis Alarmcentrale** +31 20 342 12 12 staat ook vermeld op uw klantenpas.



Hebt u vragen?

U kunt Agis op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.

Bel **0900 86 85** (€ 0,05 per minuut)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen

Postbus 19

3800 HA Amersfoort

Persoonlijk

Bij onze Servicepunten kunt u terecht voor persoonlijk advies.

Adressen en openingstijden vindt u op onze site.

U kunt ook de folder 'Bezoek Agis' aanvragen via onze Klantenservice.

Via internet

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



Belangrijke telefoonnummers

Agis Klantenservice	0900 86 85 (€ 0,05 per minuut)
Agis Wachtlijstbemiddeling	0900 266 94 63 (€ 0,05 per minuut)
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Agis Topkraamzorg	0900 88 07 (€ 0,05 per minuut)