

Polisvoorwaarden 2003

Agis AV Standaardpakketpolis

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de polisvoorwaarden aan van uw Agis Aanvullende Verzekering Standaardpakketpolis. In de voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

Inhoudsopgave

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

Begripsomschrijvingen

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

Dekking

De Agis Aanvullende Verzekering Standaardpakketpolis kan worden gesloten in combinatie met de Standaardpakketpolis. De in de Agis Aanvullende Verzekering Standaardpakketpolis genoemde vergoedingen worden uitsluitend verleend, indien deze vergoedingen niet zijn meeverzekerd bij de Standaardpakketpolis. Bij de Agis Aanvullende Verzekering Standaardpakketpolis is geen eigen risico van toepassing.

In de omschrijving van de dekkingen is gekozen voor een leesbare stijl en een overzichtelijke aanpak. Per dekkingsonderdeel wordt zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Vergoeding, Voorschrift, Machtiging en Bijzonderheden.

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie bedoeld is om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er toch situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw recht op vergoeding.

Overige bepalingen

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

Agis Ziektekostenverzekeringen NV
december 2002

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	5
2	Dekking	8
2.1	Omvang van de dekking	8
2.2	Uitsluitingen	8
3	Algemeen	9
3.1	Grondslag van de verzekering	9
3.2	Begin en einde van de vergoeding	9
3.3	Registratie van persoonsgegevens	10
3.4	Agis Zorgservice	10
3.5	Letselschadeservice	10
3.6	Ingangsdatum polisvoorwaarden	11
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	11
4.1	Verhaal	11
4.2	Afhandeling schade	11
5	Premie	12
5.1	Premiebetaling	12
5.2	Schorsing recht op vergoedingen	12
5.3	Kennisgeving	12
6	Wijziging van premie of voorwaarden	13
7	Begin, duur en einde van de verzekering	13
8	Geschillenregeling en toepasselijk recht	14
9	Dekking Agis Aanvullende Verzekering Standaardpakketpolis	14
9.1	Preventie	14
a.	Gezondheids cursussen	14
b.	Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	15
9.2	Medisch-specialistische hulp en onderzoek: Second opinion	15
9.3	Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	15
a.	In vitro fertilisatie en fertiliteitbevorderende behandelingen voor vrouwelijke verzekerden	15
b.	Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis	16
c.	Ouderverblijf bij opname kind	16
d.	Pensiekosten na transplantatie	16
e.	Sterilisatie en abortus	16
f.	Zorghotel	16
9.4	Zorg in verband met de geboorte van een kind	16
a.	Kraampakket	16
b.	Eigen bijdrage kraamzorg thuis	17
c.	Zwangerschapscursus	17
d.	Heupondersteuningsband bij zwangerschap	17
9.5	Hulpmiddelen	17
a.	Hulpmiddelen	17
b.	Brillenglazen en/of contactlenzen	17
c.	Plaswekker	18
d.	Steunzolen	18
9.6	Ziekenvervoer	18

9.7	Paramedische hulp	18
	a. Fysiotherapie	18
	b. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	18
9.8	Alternatieve geneeswijzen en antroposofische geneeskunde	19
	a. Alternatieve geneeswijzen	19
	b. Antroposofische geneeskunde	19
9.9	Psychische hulpverlening	20
	a. Eerstelijnspsychologie	20
	b. Orthopedagogie	20
	c. (Kortdurende) oncologische psychosociale hulp	20
9.10	Therapieën	20
	a. Huidtherapie	20
	b. Overige therapieën	21
9.11	Extra vergoedingen	21
	a. Herstellingsoord	21
	b. Kuurbehandeling	21
	c. Therapeutisch kamp	22
	d. Patiëntenvereniging	22
	e. Sportmedisch advies	22
	f. Overgangsconsulenten	22
	g. Whiplash	22
9.12	Buitenlanddekking	22
	a. Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)	22
	b. EU-dekking (niet spoedeisend)	23
10	Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)	24
11	AWBZ	25
12	Beroepsverenigingen	26

1 Begripsomschrijvingen

Apotheker

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

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten

De neventarieven die op grond van de WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg) door de instelling, het ziekenhuis of het laboratorium in rekening mogen worden gebracht.

Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

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

Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist of kaakchirurg.

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Gezin

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden.

Hoofdverzekering

De Agis Aanvullende Verzekering Standaardpakketpolis kan worden gesloten in combinatie met de Standaardpakketpolis.

Huisarts

Een in Nederland gevestigde arts, die als huisarts is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

Hulpmiddelen

De middelen die in de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Hulpmiddelenreglement zijn opgenomen.

Kaakchirurg

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

Kinderen

- a de tot het gezin behorende inwonende, ongehuwde, eigen en/of adoptiekinderen tot 18 jaar en/of;
- b de tot het gezin behorende studerende, inwonende, ongehuwde en eigen c.q. adoptiekinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering of aanspraak bestaat op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in het levensonderhoud ingevolge artikel 9 Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.

Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar erkend kraamcentrum.

Kraaminrichting

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

Kraamzorg

Zorg te verlenen door een aan een kraaminstelling verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

Letselschadeservice

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

Medisch adviseur

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

Mondhygiënist

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

Oefentherapeut

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut 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 persoon, van buiten af en buiten diens wil, waardoor aantoonbaar letsel is veroorzaakt.

Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Privé-kliniek (zelfstandig behandelcentrum)

Een binnen Nederland gevestigde instelling waar onderzoek en medisch specialistische behandelingen plaatsvinden, voor zover deze niet gefinancierd is met AWBZ- of andere overheids gelden.

Onder een privé-kliniek wordt ook verstaan een kliniek die geheel of gedeeltelijk de functies van erkende inrichtingen overneemt, mits de privé-kliniek verbonden is aan of een duidelijk samenwerkingsverband heeft met een erkend ziekenhuis.

Specialist

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

Tandarts

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

Verloskundige

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

Verzekeraar

Agis Ziektekostenverzekering NV, verder te noemen: de verzekeraar.

Verzekeringnemer

Degeene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is genoemd.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos.

Ziekenvervoer

Het medisch geïndiceerd vervoer in Nederland van de verzekerde zelf, verband houdend met medische behandeling ten behoeve van deze verzekerde, mits de kosten van deze behandeling geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.

Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon die medische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen.

2 Dekking

2.1 Omvang van de dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de in de dekkingsrubrieken genoemde medische behandelingen gemaakt door de verzekerde personen. Vergoeding geschiedt volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze, in beginsel binnen de eigen woonplaats of naaste omgeving, van ziekenhuis, specialist, huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist en apotheek.

TIP

In een aantal gevallen bestaat er geen recht op vergoeding.
U leest dit hieronder in artikel 2.2 UITSLUITINGEN.

2.2 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

- 1 die verband houden met een ziekte of afwijking en waarvan de verzekerde op de hoogte was of al klachten ondervond, terwijl hiervan geen melding werd gemaakt op het aanmeldingsformulier of een eventuele medische verklaring;
- 2 van ziekte of ongevallen die het gevolg zijn van opzet of grove schuld van de verzekerde;
- 3 als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten gemaakt zou kunnen worden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 4 van niet-reguliere geneeswijzen, waaronder celtherapie, chelatietherapie, bepaalde sera (ter beoordeling aan de verzekeraar), keuringen en het afgeven van attesten;
- 5 van vormverbeterende operaties van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, alsmede de hiermee verband houdende kosten van opgetreden complicaties. Het voorgaande is niet van toepassing als er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of een ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 6 van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort;
- 7 van onderzoek of behandeling door een hoogleraar/specialist, tenzij verwijzing door een specialist heeft plaatsgevonden. Zonder deze verwijzing wordt vergoed op basis van de kosten van een specialist/niet-hoogleraar;
- 8 van hulp en begeleiding door personen en instellingen die zich bewegen op maatschappelijk terrein en die als zodanig hun bevoegdheden niet ontlenen aan een erkenning door of namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- 9 als de verzekerde zich niet houdt aan de polisvoorwaarden, tenzij overmacht wordt aangetoond;

- 10 als de verzekerde zich aan een noodzakelijke geneeskundige behandeling onttrekt;
- 11 van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, een en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponereerd;
- 12 a van schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
b de onder a genoemde uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
c voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het bepaalde onder b geen toepassing;
- 13 van de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en de kosten van bevolkingsonderzoek, tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

- 1 Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier, de afzonderlijk daarbij verstrekte schriftelijke gegevens en de eventuele bij een keuring door de verzekerde verstrekte gegevens vormen de grondslag van de verzekerings-overeenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verzwijging: de verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of omstandigheden werden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.
- 3 Kinderen: voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen, mits:
 - a zij binnen twee maanden na hun geboorte aan de verzekeraar ter verzekering zijn voorgedragen;
 - b alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd op deze polis.
- 4 Acceptatie: tenzij anders is overeengekomen, is de beslissing tot het accepteren van de verzekering, respectievelijk uitbreiding of verhoging daarvan, gebaseerd op de door de deelnemer aan de verzekeraar verstrekte inlichtingen.

3.2 Begin en einde van de vergoeding

De verzekeringsnemer/verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de op het polisblad genoemde dekkingsonderdelen en tot de in deze polisvoorwaarden genoemde maximale bedragen. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

3.3 Registratie van persoonsgegevens

De op het aanmeldingsformulier verstrekte en eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. De verzekeraar hanteert ten aanzien van deze persoonsregistratie en het verwerken van persoonsgegevens de geldende privacywet (Wet Bescherming Persoonsgegevens).

3.4 Agis Zorgservice

- 1 Agis Zorgservice informeert en bemiddelt voor de verzekeringnemer over wachttijden met betrekking tot:
 - opname in een ziekenhuis
 - dagbehandeling in een ziekenhuis
 - toegangstijd polikliniek
 - poliklinische behandeling
 - diagnostisch onderzoekAgis Zorgservice informeert niet over wachttijden voor thuis- en kraamzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.
- 2 De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn wordt geholpen via de Agis Zorgservice. Voor de volgende operaties gelden de volgende maximale wachttijden:
 - staaroperaties: 13 weken
 - dotterbehandelingen: 8 weken
 - open hart operaties: 10 weken
 - knie- en heupprotheses: 13 weken
- 3 De garantie voor een maximale wachttijd vangt aan op het moment dat de verzekerde zich bij Agis Zorgservice heeft aangemeld of bij een volledige bemiddeling na ontvangst van de door de verzekerde ondertekende machtiging.
- 4 Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijn te regelen, dan vergoedt verzekeraar de beoogde ingreep in een door verzekeraar aangewezen ziekenhuis in binnen- of buitenland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

TIP

Bel de Agis Zorgservice met vragen over wachttijden voor operaties. Telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

3.5 Letselschadeservice

- 1 De letselschadeservice verleent hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade:
 - wanneer de verzekerde slachtoffer is van een ongeval;
 - onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.
- 2 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Aan de letselschadeservice van de verzekeraar zijn voor de verzekerde geen kosten verbonden. Als tijdens de verhaalszaak in overleg met de verzekerde besloten wordt tot een rechtszaak, is de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage in de (proces)kosten verschuldigd.

TIP

Bel naar de Klantenservice met vragen over de Letselschadeservice.
Telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

3.6 Ingangsdatum van de polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2003.

4 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verhaal

- 1 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, 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.
- 2 Het niet meewerken van de verzekerde kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.
- 3 De verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.

4.2 Afhandeling schade

De verzekerde is verplicht om:

- a de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
- b de TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen, op een zodanig tijdstip aan te vragen, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zondig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking;
- c de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
- d 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;
- e de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen. De verzekerde dient hierbij gebruik te maken van een door de verzekeraar te verstrekken declaratieformulier;
- f computernota's gewaarmerkt door de zorgverlener in te (laten) dienen;
- g alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.

TIP

Maak voor het indienen van NOTA'S altijd gebruik van het declaratieformulier.
Dit bespoedigt de afhandeling.

5 Premie

5.1 Premiebetaling

- 1 Ten aanzien van de premiebetaling geldt het volgende:
 - a de eerste premie en/of wettelijke bijdragen zijn verschuldigd op de op het polisblad vermelde ingangsdatum van de verzekering.
 - b de daarop volgende premietermijnen zijn bij vooruitbetaling verschuldigd op de overeengekomen vervaldagen.
- 2 Bij tussentijdse beëindiging of wijziging van een verzekeringsovereenkomst waarvan de premie vooruit betaald is, wordt restitutie verleend dan wel suppletie in rekening gebracht vanaf de dag van beëindiging respectievelijk wijziging.
- 3 Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie en/of wettelijke bijdragen te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

5.2 Schorsing recht op vergoedingen

Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie en/of wettelijke bijdragen, gelden de volgende bepalingen:

- a bij niet-betaling van enige premietermijn binnen een maand nadat deze verschuldigd is geworden, is de verzekeraar zonder ingebrekestelling gerechtigd de dekking van de verzekering op te schorten. Deze opschorting wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover de achterstallige premie was verschuldigd;
- b ook over de periode van opschorting blijven premie en/of wettelijke bijdragen verschuldigd;
- c als de verzekeraar maatregelen treft tot individuele incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer;
- d de dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten van invordering, door de verzekeraar is ontvangen;
- e voor de kosten van behandeling waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.3 Kennisgeving

- 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die 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:
 - het van kracht worden voor één of meerdere verzekerden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
 - adreswijziging;
 - huwelijk;
 - samenwoning/samenleving;
 - wijziging van de gezinssamenstelling;
 - wijziging van bank- of postbanknummer.

- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de verzekeraar op haar verzoek alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht.
- 3 Als aan de bovengenoemde meldingsplicht niet is voldaan, bestaat er geen recht op uitkering of premierestitutie.
- 4 Mededelingen verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

6 Wijziging van premie of voorwaarden

1 Herziening polis

- a De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijze te herzien.
- b Zo'n herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening mededeling.

2 Recht van opzegging polis

- a De verzekeringnemer heeft het recht met een dergelijke herziening als genoemd onder 6.1a niet akkoord te gaan.
- b Als de verzekeringnemer dit binnen dertig dagen na de onder 6.1b genoemde datum schriftelijk aan de verzekeraar heeft meegedeeld, wordt de verzekering beëindigd per bedoelde datum, met restitutie van premie over de niet-verstreken periode waarover de premie is betaald. Deze mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:
 - bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
 - bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;

3 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar vóór de 31e dag na de onder 6.1b genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7 Begin, duur en einde van de verzekering

- 1 De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.
- 2 De duur van de verzekeringsovereenkomst is gekoppeld aan de hoofdverzekering. Dit houdt in dat de verzekering telkens stilzwijgend wordt verlengd overeenkomstig de voorwaarden die voor verlenging gelden krachtens de hoofdverzekering.
- 3 In afwijking van het in 7.2 bepaalde eindigt de verzekeringsovereenkomst tussentijds:
 - a door overlijden van de verzekerde;
 - b tenzij anders is overeengekomen, voor elke verzekerde dertig dagen na de datum waarop de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
 - c door opzegging door verzekerde of verzekeringnemer middels een aange tekend schrijven, tenminste drie maanden voor het verstrijken van de termijn zoals op het (laatste) polisblad vermeld;
 - d in de situaties genoemd in artikel 7.2a tot en met 7.2c vindt restitutie van de betaalde premie plaats vanaf de dag waarop de wijziging plaatsvond.

- 4 De verzekeraar is bevoegd de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen:
 - a als de verzekeringnemer twee maanden na de vervaldag van de premie de premie en kosten nog niet heeft betaald;
 - b als de verzekeringnemer of de verzekerde naar aanleiding van een gebeurtenis een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven;
 - c indien de verzekeraar zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op verzwijging van omstandigheden die voor de verzekeraar van zodanig belang zijn, dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten;
 - d indien de verzekeringnemer/verzekerde niet voldoet aan het schriftelijk verzoek van de verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering voor de verzekeraar noodzakelijk worden geacht;
 - e als de verzekeringnemer/verzekerde de verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst niet nakomt;
 - f in geval van beëindiging van de hoofdverzekering.
- 5 In het geval als bedoeld in 7.4c heeft de verzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen.
- 6 In alle overige gevallen als bedoeld in 7.4 eindigt de verzekeringsovereenkomst op de datum als genoemd in de opzeggingsbrief, met dien verstande dat de verzekeraar tenminste een opzegtermijn van veertien dagen in acht dient te nemen.

8 Geschillenregeling en toepasselijk recht

- 1 Alle geschillen samenhangend met of voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst, worden onderworpen aan het oordeel van de daartoe bevoegde rechter, zulks nadat overleg tussen verzekeringnemer/verzekerde en de verzekeraar geen zinvol resultaat heeft gehad.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde kan een geschil gebaseerd op de ziektekostenverzekering, nadat dit ter kennis is gebracht van de verzekeraar en de verzekeraar haar definitieve standpunt daaromtrent kenbaar heeft gemaakt, danwel binnen een periode van een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.
- 3 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

9 Dekking Agis Aanvullende Verzekering Standaardpakketpolis

9.1 Preventie

a Gezondheids cursussen

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie, waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 45,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een certificaat of kopiebewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

b Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen

Omschrijving: 1 Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen buitenland
kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Zorgverlening: GG&GD, huisarts, tropenpoli of luchthavenpoli.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinatie in verband met beroepsmatige reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Omschrijving: 2 Overige vaccinaties

- griep;
- hepatitis-B immunisatie in verband met besmettingsgevaar;
- hepatitis-B inenting van pasgeborenen;
- hondsdolheid;
- mazelen.

Zorgverlening: huisarts of specialist.

Vergoeding: volledig.

9.2 Medisch-specialistische hulp en onderzoek

Second opinion

Omschrijving: second opinion door een specialist in een erkend ziekenhuis in Nederland.

Vergoeding: volledig.

9.3 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a In vitro fertilisatie en fertiliteitbevorderende behandelingen voor vrouwelijke verzekerden

Omschrijving: de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor in vitro fertilisatie (IVF-behandeling) in een vergunninghoudend ziekenhuis. Er dient sprake te zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie.

Zorgverlening: vergunninghoudend ziekenhuis.

Vergoeding: maximaal drie pogingen voor in vitro fertilisatie, waarbij per poging een eigen bijdrage van € 363,- is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

Bijzonderheden:

- onder een poging wordt verstaan één terugplaatsing van embryo(s) (embryotransfer);
- uitgesloten is behandeling bij infertiliteit op basis van kunstmatig verkregen steriliteit.

b Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis

Omschrijving: bijdrage in de kosten van nachtelijk verblijf in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling respectievelijk behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed kliniek in Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam.

Vergoeding: € 34,- per nacht.

c Ouderverblijf bij opname kind

Omschrijving: bijdrage in de kosten van noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een op de polis verzekerd kind (tot 18 jaar).

Vergoeding: € 11,- per nacht.

d Pensionkosten na transplantatie

Omschrijving: bijdrage in de kosten van een verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van beenmerg, bot, huid, hoornvlies, nier, hart, long, hart/long, nier/alvleesklier of lever ondergaat.

Vergoeding: € 11,- per nacht.

Bijzonderheden: recht op bijdrage bestaat uitsluitend als ook de partner bij Agis Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier) en de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer en meer bedraagt.

e Sterilisatie en abortus

Omschrijving: sterilisatie en abortus in een erkend ziekenhuis door een specialist.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

- bij sterilisatie van de man worden de kosten vergoed tot maximaal het bedrag verschuldigd bij een poliklinische behandeling;
- de kosten voor het ongedaan maken van een kunstmatige steriliteit komen niet voor vergoeding in aanmerking.

f Zorghotel

Omschrijving: opname in een in Nederland gelegen en aan een ziekenhuis verbonden inrichting voor verpleging van zieken, direct aansluitend op en dienende ter verkorting van opname in een ziekenhuis.

Vergoeding: 75% van de kosten die met een opname voor dezelfde indicatie in een ziekenhuis gemoeid zouden zijn, tot maximaal het in rekening gebrachte bedrag.

9.4 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a Kraampakket

Omschrijving: volledig kraampakket.

Vergoeding: volledig in natura.

Bijzonderheden:

- de verzekerde dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum contact op te nemen met het centrale meldpunt voor Agis Topkraamzorg: voor telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden;

- de verzekerde ontvangt een kraampakket in de zesde of zevende maand van de zwangerschap.

b Eigen bijdrage kraamzorg thuis

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage voor die voor kraamzorg thuis verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: de verzekerde dient een betalingsbewijs te overleggen.

TIP

**Bel voor Agis TopKraamzorg uiterlijk vijf maanden voor de bevalling.
Telefoonnummer: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

c Zwangerschapskursus

Omschrijving: het volgen en afronden van een zwangerschapskursus.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorginstelling of een andere instantie waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 68,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopiebewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

d Heupondersteuningsband bij zwangerschap

Vergoeding: maximaal € 45,- voor de duur van de verzekering.

Voorschrift: huisarts of specialist.

9.5 Hulpmiddelen

a Hulpmiddelen

Omschrijving: de eigen bijdragen voor hulpmiddelen overeenkomstig de regeling Hulpmiddelen c.q. het Agis Hulpmiddelenreglement.

Vergoeding: maximaal € 453,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: de eigen bijdrage voor een hulpmiddel dient apart te worden gedeclareerd.

b Brillenglazen en/of contactlenzen

Omschrijving: brillenglazen en/of contactlenzen met een sterkte van tenminste 4.25 dioptrieën.

Vergoeding: maximaal € 136,- per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Bijzonderheden:

- voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt het aantal dioptrieën van een eventuele cilinder en het leesgedeelte niet meegeteld;
- het aantal dioptrieën moet uit de nota blijken;
- zonnebrillen en gekleurde contactlenzen zonder sterkte komen niet voor vergoeding in aanmerking.

c Plaswekker

Zorgverlening: leverancier waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 79,- voor de duur van de verzekering voor verzekerden vanaf 7 jaar.
Voorschrift: behandelend (school)arts.

d Steunzolen

Zorgverlening: orthopedisch instrumentmaker, lid van Orthobanda of orthopedisch schoentech-
nicus, lid van Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechniek.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: behandelend arts.

9.6 Ziekenvervoer

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage of eigen risico in het kader van de hoofdverzekering
voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance, helikopter, rolstoelbus, taxi of
personenauto.

Vergoeding: volledig.

9.7 Paramedische hulp

a Fysiotherapie

Zorgverlening: fysiotherapeut.

Vergoeding: • 100% voor negen behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
• 75% voor vervolghandelingen.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor de vervolghandelingen VOORAF.

Bijzonderheden: • de kosten voor fysiotherapie worden uitsluitend vergoed:
• als voor de dezelfde aandoening de therapie ten laste van de hoofd-
verzekering heeft plaatsgevonden;
• als de behandeling direct aansluitend hieraan plaatsvindt bij dezelfde zorg-
verlener.
• onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen-
gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: • 100% voor negen behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;
• 75% voor vervolghandelingen.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor de vervolghandelingen VOORAF.

- Bijzonderheden:
- de kosten voor oefentherapie worden uitsluitend vergoed:
 - als voor de dezelfde aandoening de therapie ten laste van de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden;
 - als de behandeling direct aansluitend hieraan plaatsvindt bij dezelfde zorgverlener.
 - onder oefentherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

9.8 Alternatieve geneeswijzen en antroposofische geneeskunde

a Alternatieve geneeswijzen

- Omschrijving:
- acupunctuur;
 - chiropractie;
 - haptotherapie;
 - homeopathie (klassiek);
 - manuele geneeskunde;
 - Moermantherapie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - neuraaltherapie;
 - orthomanipulatie;
 - orthomoleculaire geneeskunde;
 - orthopedische geneeskunde;
 - osteopathie.
- Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.
- Vergoeding: maximaal € 450,- voor de gezamenlijke kosten van de genoemde alternatieve geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.
- Bijzonderheden:
- homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, apotheekhoudende huisarts of (klassiek) homeopaat;
 - de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking.

b Antroposofische geneeskunde

- Omschrijving:
- consult en behandeling;
 - dieettherapie;
 - kunstzinnige therapie;
 - heileuritmie;
 - uitwendige therapieën;
 - antroposofische psychische hulpverlening;
 - antroposofische geneesmiddelen;
 - consultatiebureau antroposofische gezondheidszorg.
- Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 450,- voor de gezamenlijke kosten van de genoemde antroposofische geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar.
De vergoeding is inclusief de kosten van antroposofische en homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.

Voorschrift: antroposofisch arts.

- Bijzonderheden:
- antroposofische en homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudende huisarts;
 - de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - bij samenloop van verstrekkingen kan slechts bij één verstrekkingensoort aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

9.9 Psychische hulpverlening

a Eerstelijnspsychologie

Zorgverlening: gekwalificeerd eerstelijnspsycholoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts.

b Orthopedagogie

Omschrijving: behandeling van kinderen tot 18 jaar met leer- en opvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerd vrijgevestigd orthopedagoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van het Werkverband Eigen Praktijk (WEP) van de Nederlandse Vereniging voor Orthopedagogie (NVO).

Vergoeding: 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: (school)arts.

c (kortdurende) oncologisch psychosociale hulp

Omschrijving: instantie waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 500,- voor de duur van de verzekering.

9.10 Therapieën

a Huidtherapie

- Omschrijving:
- acnetherapie: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat;
 - camouflagetherapie: lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens huidvlekken in het gelaat en/of de hals (inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke) en tepelhofatoeage;
 - elektrische of laserepilatie: behandeling van als vrouw geboren verzekerden met ontsierende haargroei in gelaat en/of de hals;
 - manuele lymfedrainage: behandeling van ernstig lymfe-oedeem;
 - psoriasistherapie: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleven.

- Zorgverlening:
 - acnetherapie, camouflagetherapie en manuele lymfedrainage door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten);
 - elektrische epilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten) of door een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die bij de Anbos staat geregistreerd als gediplomeerd in elektrische epilatie;
 - laserepilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVH (Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten) of in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden;
 - psoriasis therapie, in of door een centrum waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.
- b Overige therapieën**
- Omschrijving:
 - warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor verzekerden met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct;
 - podotherapie: onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels of therapeutische zolen;
 - stottertherapie.
- Zorgverlening:
 - warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten bij fysiotherapeut, oefentherapeut of een patiëntenvereniging waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt;
 - podotherapie door gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden;
 - stottertherapie bij het Del Ferro instituut, instituut de Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.
- Vergoeding: maximaal € 680,- voor de gezamenlijke of gecombineerde kosten van de bij omschrijving onder a en b genoemde huidtherapie en overige therapieën per verzekerde per kalenderjaar.
- Verwijzing: behandelend arts.
- Bijzonderheden:
 - acnetherapie, camouflagetherapie, epilatie (elektrische en laser-): uit de declaratie moet blijken dat het gaat om een aandoening in het gelaat en/of de hals;
 - warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om zwemmen in groepsverband in verband met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct;
 - orthopedische steunzolen behoren niet tot podotherapie.

9.11 Extra vergoedingen

a Herstellingsoord

- Omschrijving: behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben.
- Zorgverlening: een niet AWBZ-erkend herstellingsoord waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.
- Vergoeding: € 68,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per 3 kalenderjaren.

Verwijzing: behandelend arts.

b Kuurbehandeling

Omschrijving: kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoening in Nederland of in het buitenland.

Zorgverlening: kuurcentrum waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 907,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, VOORAF op aanvraag van de behandelend reumatoloog.

- Bijzonderheden:
- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.

c Therapeutisch kamp

Omschrijving: verblijfskosten in een therapeutisch kamp voor astmatische of lichamelijk gehandicapte jongeren tot 18 jaar.

Vergoeding: € 6,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

d Patiëntenvereniging

Omschrijving: lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).

Vergoeding: maximaal € 22,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een betalingsbewijs.

e Sportmedisch advies

Omschrijving: blessureconsult, onderzoek, advies en sportkeuringen door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA).

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

f Overgangsconsulenten

Omschrijving: begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.

Zorgverlening: gekwalificeerde overgangstherapeut die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

g Whiplash

Omschrijving: consulten en behandeling.

Zorgverlening: Whiplash Centrum Nederland.

Vergoeding: maximaal € 294,- voor de duur van de verzekering.

TIP

Neem altijd als u naar het BUITENLAND gaat uw Zorgpas en het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

9.12 Buitenlanddekking

a Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

- Omschrijving:** spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal zes maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan hulp die bij vertrek redelijkerwijs niet is te voorzien.
- Vergoeding:**
- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland;
 - repatriëring: volledig, voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of, bij indicatie voor ambulancevervoer en mits deze kosten niet hoger zijn, per vliegtuig vanuit het buitenland naar de eigen woonplaats of een ziekenhuis in Nederland, alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
 - vervoer stoffelijk overschot: volledig, van de plaats van overlijden naar Nederland en mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;
 - Agis Alarmcentrale: volledig voor het organiseren van hulpverlening door Agis Alarmcentrale.
- Machtiging:** ja, uitsluitend in de volgende gevallen:
- voor opname binnen 24 uur na opname of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is via de Agis Alarmcentrale;
 - voor ziekenvervoer of vervoer stoffelijk overschot vanuit het buitenland naar Nederland VOORAF via de Agis Alarmcentrale.
- Bijzonderheden:**
- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed indien de verzekeraar via de Agis Alarmcentrale goedkeuring heeft verleend. De verzekeraar kan tevens besluiten tot repatriëring;
 - medisch-specialistische hulp wordt uitsluitend vergoed bij behandeling door een ter plaatse bevoegd specialist;
 - voor declaratie kan de verzekerde een schade-specificatieformulier opvragen bij de verzekeraar;
 - vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden. Op verzoek van het betreffende ziekenhuis zal daartoe een garantieverklaring worden afgegeven;
 - als het tijdelijk verblijf buiten Nederland uitsluitend of mede bedoeld is om aldaar een medische behandeling te ondergaan, of een in Nederland aangevangen behandeling, verpleging en dergelijke in het buitenland voort te zetten, zal de verzekeraar niet tot vergoeding van de kosten overgaan. Voor chronische patiënten kan de verzekeraar een uitzondering maken. Hiervoor moet vooraf toestemming worden gevraagd door de behandelend specialist.
- ### b EU-dekking (niet spoedeisend)
- Omschrijving:** medische hulp die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf binnen EU-verdragslanden, voorzover de medische hulp, als deze in Nederland zou zijn verleend, onder de polisdekking zou vallen. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximale bedragen gelden ook in het buitenland.
- Vergoeding:** tot maximaal 100% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland wettelijk in rekening mogen worden gebracht.

Machtiging: ja, VOORAF.

- Bijzonderheden:
- aan de toestemming voor behandeling in het buitenland kunnen nadere voorwaarden worden gesteld;
 - kosten van vervoer naar en van het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - vergoeding geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de bij de Nederlandse banken geldende wisselkoers op de datum van uitkering. Vergoeding van kosten van ziekenhuisopname kan op verzoek ook rechtstreeks aan het buitenlandse ziekenhuis overgemaakt worden.

10 Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)

a Tandheelkundige hulp (met uitzondering vaan orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese)

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, subfaculteit tandheelkunde, instelling voor jeugd tandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraar.

Vergoeding: 75% van het door de zorgverlener in rekening gebrachte honorarium (inclusief techniek- en materiaalkosten) tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar.

b Orthodontie

Zorgverlening: orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

- voor verzekerden tot 18 jaar: volledig;
- voor verzekerden van 18 jaar en ouder: 90% tot maximaal € 1500,- voor de duur van de verzekering.

- Bijzonderheden: met betrekking tot het onder a en b genoemde:
- deze facultatieve dekking is mogelijk voor zowel kinderen als volwassenen;
 - vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
 - niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;
 - de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende tandheelkundige hulp niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ, en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliseerd is;
 - niet vergoed worden vervanging en/of reparatie van ortodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik;
 - vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent de verzekeraar de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WTG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UTP);
 - vergoeding van de techniekkosten vindt plaats op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG) of de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLAT) aan haar leden adviseert.

11 AWBZ

Rechten en verplichtingen

Voor zover in de AWBZ niet anders is geregeld worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de verzekeraar en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in deze polisvoorwaarden.

AWBZ-zorgaanspraken

Vergeed worden de zorgaanspraken krachtens de AWBZ met inachtneming van de bij of krachtens de AWBZ gestelde regels. De AWBZ kent onder meer de volgende zorgaanspraken:

- geestelijke gezondheidszorg;
- thuiszorg;
- opname in een verzorgingshuis;
- opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten;
- opneming in een verpleeghuis;
- ziekenhuisverpleging, na één jaar opname.

13 Beroepsverenigingen

Acupunctuur:

- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)
- Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGVA)
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG)(NVTCTG)

Antroposofie:

- Consult en behandeling: Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
- Dieettherapie: Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam in de antroposofie (NVDA)
- Heileuritmie: Nederlandse Vereniging voor Eurythmietherapie
- Kunstzinnige therapie: Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapie op antroposofische grondslag (NVKT)
Vereniging van Actief Beeldende Therapeuten, SAMPO
- Psychische hulpverlening:
Nederlandse Vereniging ter bevordering van Antroposofische Psychotherapie
Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners vanuit de antroposofie
- Uitwendige therapieën:
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
Nederlandse Vereniging van Antroposofisch Verpleegkundigen (NVAV)

Chiropractie

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Stichting Nationaal Register Chiropractoren (SNRC)

Eerstelijnspsychologie

- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)

Haptotherapie

- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)

Homeopathie (klassiek)

- Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- Register van Klassiek Homeopaten (NOKH)

Manuele geneeskunde

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

Moermantherapie

- Artsen vereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie.
- Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding

Natuurgeneeswijzen

- Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG)
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP)

Neuraaltherapie

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

Orthomanipulatie

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG)

Orthomoleculaire geneeskunde

- Maatschappij ter bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

Orthopedische geneeskunde

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG)

Osteopathie

- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

Podotherapie

- Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVP)
- Nederlandse Vereniging voor Podo-Kinesiologie
- Omni Podo Genootschap (OPG)
- Stichting LOOP

Hebt u vragen?

U kunt Agis op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.
bel 0900 84 94 (€ 0,04 per minuut)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen
Postbus 1090
3800 BB 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 Zorgservice	0900 266 94 63 (€ 0,04 per minuut)
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Agis Topkraamzorg	0900 88 07 (€ 0,10 per minuut)

