

Polisvoorwaarden AnderZorg Jong

Modelnummer AV.3.98.07

INHOUDSOPGAVE

Algemene Verzekeringsvoorwaarden	Pagina
Artikel 1 <i>Afkortingen en begripsomschrijvingen</i>	2
Artikel 2 <i>Grondslag</i>	4
Artikel 3 <i>Toepassingsgebied van de verzekering</i>	4
Artikel 4 <i>Begin, duur en einde van de verzekering</i>	4
Artikel 5 <i>Premie</i>	5
Artikel 6 <i>Wijziging van voorwaarden en premie</i>	5
Artikel 7 <i>Verzekerde prestaties</i>	5
Artikel 8 <i>Uitsluitingen</i>	5
Artikel 9 <i>Indicatie voor de aanspraak op zorg</i>	7
Artikel 10 <i>Indienen van nota's</i>	7
Artikel 11 <i>Verplichting tot medewerking</i>	7
Artikel 12 <i>Fraudebestrijding</i>	7
Artikel 13 <i>Collectief verzekerden</i>	7
Artikel 14 <i>Klachten en geschillen</i>	8
Artikel 15 <i>Overige bepalingen</i>	8
<i>Aanvullende verzekering AnderZorg Jong</i>	9
<i>Trefwoordenregister</i>	13

ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

ARTIKEL 1 AFKORTINGEN EN BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In deze verzekeringsvoorwaarden worden de volgende afkortingen gebruikt:

- AWBZ : Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- GVS : Geneesmiddelenvergoedingssysteem
- KNGF : Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Wet BIG : Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Wmg : Wet marktordening gezondheidszorg
- Zvw : Zorgverzekeringswet

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt bedoeld met:

Alarmcentrale

De organisatie die verzekeraar inschakelt om medische zorg in het buitenland te organiseren.

Alternatieve (genees)middelen

Niet-reguliere (genees)middelen, voorgeschreven door een arts in het kader van een alternatieve geneeswijze die zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Alternatieve geneeswijzen

Geneeswijzen die naar aard en behandelwijzen afwijken van reguliere geneeswijzen.

Antroposofisch arts

Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig is erkend.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die als gevestigd apotheekhoudend huisarts bevoegd is tot het uitoefenen van de artsenijsbereidkunde en krachtens artikel 14 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is ingeschreven in het register van apotheekhoudend geneeskundigen.

Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker wiens apotheek voor een ieder toegankelijk is en die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Arbeidsgerelateerde klachten

Klachten als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden en die er niet zouden zijn geweest als de werkzaamheden niet zouden zijn uitgevoerd.

Arts

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Balneofototherapie

Combinatie van zoutwaterbaden en uvb-lichttherapie ter behandeling van psoriasis.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkentherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register van het KNGF.

Dekking

De in de Vergoedingslijst genoemde en verzekerde prestaties.

Diëtist

Een in Nederland vrijgevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Duurzaam samenlevend persoon

Persoon die tenminste gedurende één jaar aantoonbaar samenwoont met verzekerde en daarmee een gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van verzekeraar.

Eigen bijdrage

De bijdrage, die naast de vergoeding krachtens de verzekering, door verzekerde zelf verschuldigd is.

Farmaceutische zorg

Geneesmiddelen waarop verzekerde op grond van zijn zorgverzekering recht heeft.

Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigd en praktiserend fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Geregistreeerde partner

Persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand.

Gezin

Tot het gezin behoren:

- twee gehuwden, of
- geregistreeerde partners, of
- duurzaam samenlevende personen, en
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar, of
- een alleenstaande met één of meer kinderen zoals hierboven vermeld.

Hoofdverzekering

De door verzekeringnemer bij een zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zvw of de anderszins bij een risicodragger afgesloten verzekering ter dekking van de kosten van zorg. Een reisverzekering wordt niet als een hoofdverzekering beschouwd.

Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut.

Huisarts

Een ingevolge de Wet BIG geregistreeerde arts die is ingeschreven in het register van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Instelling

Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.

Kinderfysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en die tevens als kindtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register van het KNGF.

Magistrale homeopathische bereiding

Homeopathisch geneesmiddel dat is bereid voor een individuele patiënt door een fabrikant, die krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register van het KNGF.

Medisch adviseur

De door verzekeraar aangewezen arts, die verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch Specialist

Een in Nederland gevestigd en praktiserend arts die is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de Nederlandse kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

Mondhygiënist

Een in Nederland gevestigd mondhygiënist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en door verzekeraar is gecontracteerd.

Oedeemtherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register van het KNGF.

Oefentherapeut Cesar/Oefentherapeut Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Premievervaldag

De eerste dag van de periode waarop de premie betrekking heeft.

Psychologische hulpverlener

Eerstelijns psycholoog: Een in Nederland gevestigde psycholoog die als zodanig is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog. Gezondheids (GZ)-psycholoog: Een in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog die is afgestudeerd in de psychologie en die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG en werkzaam is in de eerste lijn. Orthopedagogen vallen niet onder deze omschrijving.

Reddingskosten

De kosten van - na ongeval of vermissing van verzekerde - door of namens bevoegde overheidsinstanties of particuliere instantie ondernomen activiteiten tot opsporing, redding en/of berging van verzekerde. Hieronder worden ook verstaan de kosten van o.a. helikopter vervoer, de zogenaamde 'glijbanaan' en andere bijzondere vervoermiddelen, welke worden ingezet indien vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Regeling zorgverzekering

Regeling zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171, met inbegrip van eventuele latere wijzigingen.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een conform bij de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigd en praktiserend schoonheidsspecialist, die is ingeschreven in het ANBOS-register (de Algemene Nederlandse Bond voor Schoonheidsspecialisten) voor de specialisatie camouflage of elektrisch ontharen, of die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door verzekeraar als zodanig erkend is.

Specialistische zorg

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de Nederlandse kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven. In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.

Spoedeisende medische zorg in het buitenland

Onvoorzien situatie waarin de gezondheidstoestand van verzekerde onmiddellijk geneeskundige verzorging noodzakelijk maakt en die niet kan worden uitgesteld tot na terugkomst in Nederland.

Sport Medisch Adviescentrum (SMA)/Sport Medische Instelling (SMI)

Een bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI) aangesloten Sport Medisch Adviescentrum of Sport Medische Instelling.

Sportarts

Een in Nederland gevestigde sportarts die als zodanig erkend is door het College voor Sociale Geneeskunde (CSG).

Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

Toestemming

Schriftelijke toestemming (machtiging) van verzekeraar op grond waarvan verzekerde recht verkrijgt op de verzekerde prestaties conform het bepaalde in deze verzekeringsvoorwaarden.

Vergoedingenlijst

De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen Vergoedingenlijst. Op deze Vergoedingenlijst zijn de Algemene Verzekeringsvoorwaarden van toepassing. Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden bestaat recht op de in de Vergoedingenlijst genoemde aanvullende verzekeringen, mits verzekeringnemer en/of verzekerde voor de betreffende aanvullende verzekering zijn verzekerd, hetgeen uit de Zorgpolis dient te blijken.

Verwijzing

Verwijzing door een zorgaanbieder voorafgaand aan het betrekken van zorg of overige diensten van een andere zorgaanbieder.

Verzekeraar

OWM Menzis U.A.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de Zorgpolis is genoemd.

Verzekering

Een tussen verzekeraar en verzekeringnemer, eventueel (mede) ten behoeve van verzekerde(n), afgesloten overeenkomst van verzekering, welke aanvullend op een afgesloten hoofdverzekering is afgesloten.

Verzekeringnemer

Degene die bij verzekeraar de verzekering heeft afgesloten.

Verzekeringstermijn

De termijn waarbinnen de verzekering tussen verzekeraar en verzekerde ononderbroken van kracht is.

Verzekeringsoort

De op de Zorgpolis vermelde vorm van verzekering die verzekeringnemer met verzekeraar is aangegaan die afhankelijk is van pakket, eigen risico en andere voorwaarden.

Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen instelling voor medisch-specialistische zorg die, als zodanig is toegelaten in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.

Z-index

Organisatie die van minimaal alle producten die bij de openbare apotheek te verkrijgen zijn de gegevens verzamelt, controleert, verkrijgt, koppelt, beheert en verspreidt.

Zorgpolis

De akte (het polisblad) waarin de tussen verzekeringnemer en verzekeraar gesloten verzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar waar verzekeringnemer de hoofdverzekering, al of niet op basis van de Zvw, heeft afgesloten.

ARTIKEL 2 GRONDSLAG

Deze verzekering vindt zijn grondslag in de in het Burgerlijk Wetboek opgenomen wettelijke bepalingen, in het bijzonder titel 17 Verzekering van boek 7. Het volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke en elektronische gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt, met de bij een eventuele keuring door verzekerde verstrekte gegevens gelden eveneens als grondslag van deze verzekering en worden geacht daarmee een geheel te vormen. De inhoud van de verzekeringsovereenkomst is weergegeven in deze verzekeringsvoorwaarden en de Zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de dwingendrechtelijk voorgeschreven bepalingen in het Burgerlijk Wetboek. In geval van strijdigheid prevaleren de dwingendrechtelijk voorgeschreven wettelijke bepalingen.

ARTIKEL 3 TOEPASSINGSGEBIED VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering kan worden gesloten door of ten behoeve van een natuurlijk persoon die woont in Nederland, tenzij verzekeraar anders bepaalt.

ARTIKEL 4 BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

Ingangsdatum van de verzekering

- 1 Bij aanvaarding van kandidaat-verzekerde vangt de verzekering aan op de eerste dag van de maand, waarin de datum is gelegen waarop de kandidaat-verzekerde, blijkens het door hem ondertekende aanvraagformulier, de verzekering wil doen aanvragen. De verzekering vangt echter nooit eerder aan dan op de eerste dag van de maand, waarin het aanvraagformulier bij verzekeraar is binnengekomen, tenzij verzekeraar anders bepaalt. Voor pasgeboren kinderen geldt dat zij met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum zijn verzekerd, mits zij binnen 30 dagen na hun geboorte schriftelijk ter verzekering zijn aangemeld.
- 2 De verzekering gaat in op de datum die op de Zorgpolis is vermeld.
- 3 Wanneer aanmelding voor de verzekering tegelijk met de aanmelding als verzekerde voor de hoofdverzekering plaatsvindt, is de ingangsdatum van de verzekering gelijk aan de ingangsdatum van de hoofdverzekering, tenzij verzekeraar anders bepaalt.
- 4 Als kandidaat-verzekerde een bij verzekeraar afgesloten verzekering wil wijzigen in een andere verzekering bij verzekeraar, dan wordt de verzekeringstermijn geacht niet te zijn onderbroken. De ingangsdatum van deze andere verzekering kan uitsluitend per 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin verzekeraar de aanvraag tot wijziging van de verzekering heeft ontvangen, tenzij verzekeraar anders bepaalt.

Duur van de verzekering

- 5 De verzekering wordt aangegaan voor telkens de duur van één kalenderjaar. Indien de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar wordt deze aangegaan voor de resterende duur van dat kalenderjaar en het daarop volgende kalenderjaar.
- 6 De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij er sprake is van een rechtsgeldige opzegging.
- 7 Verzekeringnemer kan de verzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang 1 januari van het volgende kalenderjaar schriftelijk opzeggen. Bij opzegging dient verzekeringnemer schriftelijk aan te geven op welke verzekerde(n) de opzegging betrekking heeft. Indien verzekeringnemer schriftelijk verzoekt om de verzekering gelijktijdig met de hoofdverzekering op te zeggen, zal verzekeraar hieraan meewerken.

Opzegging of ontbindingen door verzekeraar

Verzekeraar heeft het recht om de verzekering schriftelijk op te zeggen of te ontbinden. In de gevallen genoemd onder de leden 8, 11 en 12 wordt de verzekering met ingang van de dag waarop het bedoelde feit of omstandigheid heeft plaatsgevonden beëindigd, of op een andere, door verzekeraar te bepalen datum. Ook wanneer het in dit lid vermelde betrekking heeft op de bij een zorgverzekeraar afgesloten hoofdverzekering, kan verzekeraar de aanvullende verzekering beëindigen:

- 8 Wanneer verzekeringnemer heeft gehandeld met de opzet verzekeraar te misleiden of wanneer die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten.
- 9 Wanneer de premie, ook na aanmaning, niet is betaald.
- 10 Wanneer aan een terugvordering van een openstaande vordering, ook na aanmaning, niet is voldaan.
- 11 Wanneer een niet waarheidsgetrouw verzoek tot vergoeding is ingediend.
- 12 Wanneer verzekerde zich ernstig misdraagt (bijvoorbeeld dwang of bedreiging).
- 13 Met ingang van de eerste dag dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) zich metterwoon buiten Nederland vestigt(en) (uitgezonderd vestiging in België of Duitsland) of met ingang van de eerste dag van het tijdvak dat verzekeringnemer en/of verzekerde(n) langer dan 12 maanden aaneengesloten buiten Nederland verblijft(en).

Een nieuwe periode van 12 maanden ontstaat wanneer verzekeringnemer en/of verzekerde aantoonbaar meer dan twee maanden aangesloten in Nederland verblijft(ven). Zolang verzekeringnemer niet aan de verplichting van artikel 11 lid 5 sub e heeft voldaan, blijft verzekeringnemer verplicht tot premiebetaling, zonder evenwel enige aanspraak op vergoeding te kunnen maken. Op verzoek van verzekeraar dient verzekerde bewijs te overleggen waaruit het tijdstip van vertrek naar het buitenland en/of de duur van het verblijf in het buitenland blijkt. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan de verzekering op een door verzekeraar te bepalen tijdstip worden beëindigd of kan een verzoek om beëindiging door verzekeraar worden geweigerd. Verzekeraar kan bepalen dat de verzekering van kracht blijft voor een tijdelijk verblijf in het buitenland van langer dan 12 maanden. Hierbij kan verzekeraar nadere voorwaarden stellen.

- 14 Als de verzekering is beëindigd op grond van het niet betalen van de premie, kan verzekeraar op verzoek van verzekeringnemer besluiten verzekerde opnieuw te verzekeren, nadat de verschuldigde premie, vermeerderd met de kosten als genoemd in artikel 5 lid 9, door verzekeraar is ontvangen. De ingangsdatum van de verzekering is in dat geval 1 januari volgend op het kalenderjaar waarin verzekeraar het verzoek tot verzekering heeft ontvangen.

Beëindiging van rechtswege

- 15 De verzekering eindigt voor verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van zijn overlijden.

Beëindiging in verband met nieuw dienstverband

- 16 Verzekeringnemer heeft het recht de verzekering voor alle verzekerden tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. Verzekeringnemer kan de oude verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

ARTIKEL 5 PREMIE

- 1 Krachtens de verzekering is verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 2 De premiegrondslag voor de verzekering is vermeld op de Zorgpolis.
- 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag, vermindert met een eventuele korting wegens deelname aan een collectiviteit.
- 4 Behalve bij opzegging of ontbinding wegens opzet (zorg)verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging of ontbinding de lopende premie naar billijkheid verminderd.
- 5 Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premievervaldag te betalen.
- 6 Verzekeringnemer kan geen premie verrekenen met van verzekeraar te ontvangen vergoedingen.
- 7 Wanneer verzekeringnemer na de premievervaldag vruchteloos is aangemaand tot betaling van de verschuldigde premie binnen een termijn van tenminste 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, wordt de dekking geschorst vanaf de premievervaldag. Er bestaat vanaf die dag geen recht meer op verzekerde prestaties, gemaakt in de periode van schorsing van de dekking. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie te voldoen.
- 8 De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd onder lid 9 door verzekeraar zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de verzekering door verzekeraar is dan wel wordt beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde geen recht op vergoeding van de verzekerde prestaties, gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken, zich geopenbaard heeft in de periode van schorsing van de dekking. Dit is ook het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door verzekeraar verleende toestemming (machtiging) en/of schriftelijke toezeggingen.

- 9 Wanneer verzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van verzekeringnemer. Tevens maakt verzekeraar aanspraak op vergoeding van de wettelijke rente.
- 10 Verzekeraar kan met een werkgever of een rechtspersoon (niet zijnde een werkgever) die de belangen behartigt van natuurlijke personen een collectiviteitskorting overeenkomen.
- 11 Verzekeraar kan besluiten om verzekeringnemer die per acceptgiro wenst te betalen, een toeslag in rekening te brengen ter dekking van de hogere administratiekosten die met deze wijze van betaling gemoeid zijn.
- 12 Verzekeraar kan een administratietoeslag in rekening brengen, indien verzekerde de hoofdverzekering niet heeft ondergebracht bij verzekeraar. Deze toeslag zal niet meer bedragen dan maximaal de extra toe te rekenen kosten aan de verzekering, ten opzichte van de situatie indien er wel een hoofdverzekering bij verzekeraar is afgesloten.
- 13 Verzekeraar heeft het recht, indien blijkt dat niet minimaal één lid van het gezin van 18 jaar of ouder - tevens bij voortdurende - dezelfde aanvullende verzekering heeft afgesloten, om de premie van verzekerde jonger dan 18 jaar gelijk te stellen aan die van verzekerde van 18 jaar of ouder.

ARTIKEL 6 WIJZIGING VAN VOORWAARDEN EN PREMIE

- 1 Verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering, de premie en/of kortingen op de grondslag van de premie en bloc dan wel regionaal en bloc of groepsgewijs op een door verzekeraar vast te stellen datum te wijzigen.
- 2 Indien verzekeraar de voorwaarden van de verzekering ten nadele van verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is verzekeringnemer gerechtigd de verzekering op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan verzekeringnemer is medegedeeld.
- 3 De bedoelde wijzigingen laten de rechten en verplichtingen die zijn ontstaan voor de datum van ingang van de wijzigingen onverlet en kunnen noch tot meer noch tot minder rechten en verplichtingen leiden dan die bestonden tot aan het moment van de wijzigingen.
- 4 Indien er tijdens de duur van de verzekering wijzigingen optreden in de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg, dan leiden deze niet tot beperking of uitbreiding van aanspraken op vergoedingen van verzekerde, zoals die golden voordat de wijzigingen zich hebben voorgedaan.

ARTIKEL 7 VERZEKERDE PRESTATIES

Verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van de prestaties zoals genoemd in de aanvullende verzekering(en) die op de Zorgpolis is (zijn) vermeld. De lijst met gecontracteerde zorgaanbieders, instellingen of leveranciers is te raadplegen via de website van verzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.

ARTIKEL 8 UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding van verzekerde prestaties kan worden gemaakt:

- 1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit, hetzij direct, hetzij indirect:
 - Een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
 - Burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - Opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - Binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;

- Oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 - Mouterij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.
- De 6 hierboven genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981.
- 2 a Indien - zo de in deze overeenkomst bedoelde verzekering niet bestond - door verzekeringnemer of verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekkingen, vergoeding van kosten respectievelijk schaden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige verdrag, enige wet, enige overeenkomst of enige andere voorziening, is de in deze overeenkomst bedoelde verzekering eerst in de laatste plaats geldig. In zo'n geval is verzekeraar alleen gehouden tot verstrekking en vergoeding van kosten waarop verzekeringnemer of verzekerde elders geen aanspraak zou kunnen doen gelden en in dat geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekeringnemer of verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
 - b Indien verzekeringnemer of verzekerde naast deze verzekering aanspraken heeft op een reisverzekering en/of een schadeverzekering voor inzittenden en geneeskundige kosten maakt waarvoor die verzekering(en) in beginsel dekking bied(t)(en), biedt deze verzekering voor die geneeskundige kosten geen dekking. Deze dekkingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering en/of schadeverzekering voor inzittenden niet zijn opgenomen in een lijst van te vergoeden geneeskundige kosten, en ook niet indien vanwege toepassing van een eigen risico of een vergoedingsmaximum geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering en/of schadeverzekering voor inzittenden voor vergoeding in aanmerking komen. Eerst in die situaties biedt deze verzekering dekking conform de geldende voorwaarden;
 - c Niettegenstaande het bepaalde in de voorgaande leden zal verzekeraar aan verzekeringnemer of verzekerde, die niet binnen redelijke termijn van verzekeraar van een elders lopende verzekering de zekerheid verkrijgt dat de te maken of gemaakte kosten als bedoeld in het voorgaande lid zullen worden vergoed, die kosten bij wijze van een renteloze lening aan verzekeringnemer of verzekerde ter beschikking stellen onder de voorwaarde dat deze zijn rechten onder die andere verzekering aan verzekeraar van deze verzekering overdraagt.
- 3 Voor de eigen bijdrage bij of krachtens het bepaalde in de Zvw en de AWBZ en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoek, tenzij in een aanvullende verzekering afwijkend is overeengekomen.
 - 4 a Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiend uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 - b De uitsluiting onder 4.a geldt niet met betrekking tot 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] alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip;
 - c Voor zover krachtens Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 4.b geen toepassing.
- 5 Terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden, tenzij en voor zover deze kosten kunnen worden bestreden uit herverzekering bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen via de website van verzekeraar of de NHT of wordt op verzoek toegezonden.
 - 6 Voor onderzoek, behandeling, verpleging, geneesmiddelen of hulpmiddelen waarvoor geen medische noodzaak bestaat, alsmede de hieruit voortvloeiende kosten van vervolg- of herstelbehandelingen/operaties, al dan niet medisch noodzakelijk.
 - 7 Voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.
 - 8 Voor onderzoek en/of behandeling door een hooglerspecialist, tenzij door de specialist wordt doorverwezen naar een hoogleraar-specialist.
 - 9 Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Vergoedingslijst anders is bepaald.
 - 10 Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen steriliteit.
 - 11 Voor verrichtingen (bijvoorbeeld anesthesie) en verstrekkingen (bijvoorbeeld geneesmiddelen) verband houdende met ingrepen die niet onder de dekking van de verzekering vallen.
 - 12 Voor onderzoek en/of behandeling, die naar algemeen medische opvatting niet behoren tot de praktijkuitoefening van de betrokken huisarts of specialist.
 - 13 De kosten van consulten, behandelingen en/of genees- en hulpmiddelen die door een zorgaanbieder aan zichzelf of aan één van zijn of haar gezinsleden die bij verzekeraar zijn verzekerd, heeft verleend respectievelijk voorgeschreven, tenzij uitdrukkelijk vooraf toestemming is verleend door verzekeraar.
 - 14 Als verzekerde bij vertrek naar het buitenland voorziet dat zorgverlening nodig zal zijn en/of deze zorgverlening verband houdt met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde zorgaanbieder te verkrijgen, tenzij daar door verzekeraar vooraf toestemming voor verleend is.
 - 15 Voor schade welke het gevolg is van opzet of (on)bewuste roekeloosheid van verzekerde of het gevolg is van een misdrijf waaraan verzekerde heeft deelgenomen.
 - 16 a Indien aan de in artikel 928 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden b en c;
 - b De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt;
 - c Indien aan lid b niet is voldaan, maar verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen;
 - d In afwijking van de leden b en c is geen uitkering verschuldigd indien verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten;
 - e In afwijking van de leden b en c is geen uitkering verschuldigd aan verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928, tweede of derde lid van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, die heeft gehandeld met opzet verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien verzekeringnemer, met opzet verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.
 - 17 Voor schade en/of kosten die het gevolg zijn van het niet nakomen van een gemaakte afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgaanbieder.
 - 18 Voor verzekerden woonachtig in België of Duitsland, de kosten voor zorg die - bij behandeling in Nederland - krachtens de AWBZ vergoed zouden worden.

ARTIKEL 9 INDICATIE VOOR DE AANSPRAAK OP ZORG

Onverminderd hetgeen is bepaald in de Vergoedingenlijst heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud, omvang en uit het oogpunt van doelmatigheid redelijkerwijs is aangevoelen. De vraag of verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

ARTIKEL 10 INDIENEN VAN NOTA'S

- 1 Een nota komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking onder deze voorwaarden:
 - De nota is door de zorgaanbieder verstrekt en in origineel ingediend (geen kopie of aanmaning);
 - De nota is zo duidelijk gespecificeerd, dat verzekeraar zonder meer kan beoordelen of de nota voor vergoeding in aanmerking komt;
 - De nota waarvan de herkomst niet duidelijk blijkt ('computernota') is door de zorgaanbieder gewaarmerkt;
 - De nota is binnen 12 kalendermaanden na afloop van het kalenderjaar waarin de zorg en/of overige diensten zijn verstrekt door verzekeraar ontvangen;
 - Ingediende nota's worden niet aan verzekeringnemer teruggestuurd;
 - Een nota in een andere taal wordt vertaald door een beëdigd vertaler, indien de nota naar het oordeel van verzekeraar vertaling behoeft. De vertaalkosten komen voor rekening van verzekerde.
- 2 Indien en voor zover verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de verzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van verzekeraar, van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde, te hebben verleend.
- 3 Voor medische kosten bestaat geen recht op vergoeding, als de noodzaak of de verwachting om die kosten te maken zich geopenbaard heeft in de periode waarin het recht op vergoeding was vervallen.
- 4 Kosten van medische behandelingen waarvoor aanspraak op vergoeding bestaat, worden toegerekend aan het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden.
- 5 Als verzekerde niet binnen 6 weken na de dag van betaling bezwaar maakt tegen de door verzekeraar vastgestelde vergoeding, neemt verzekeraar aan dat deze met de vergoeding onvoorwaardelijk akkoord gaat.
- 6 Verzekeraar is bevoegd vergoeding van verzekerde kosten te verrekenen met alle vorderingen die verzekeraar, uit welke hoofde dan ook, op verzekeringnemer en/of verzekerde heeft.
- 7 Als in de Vergoedingenlijst bij een verzekerde prestatie een maximumvergoeding gedurende de gehele verzekeringsduur is vermeld, worden alle tijdens de verzekeringsduur voor dat onderdeel vergoede kosten, in aanmerking genomen voor dit maximum, ongeacht de verzekeringsvorm(en) op grond waarvan deze vergoeding(en) werd(en) verleend.
- 8 Als in de Vergoedingenlijst bij een verzekerde prestatie een maximumvergoeding per periode is vermeld, worden alle voor dat onderdeel reeds vergoede kosten die betrekking hebben op deze periode, in aanmerking genomen voor dit maximum, ongeacht de verzekeringsvorm(en) op grond waarvan deze vergoeding(en) werd(en) verleend.
- 9 Vergoeding van buitenlandse nota's geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.

ARTIKEL 11 VERPLICHTING TOT MEDEWERKING

Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht:

- 1 Aan verzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 2 De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur.
- 3 Medewerking te verlenen in het geval verzekeraar een onderzoek instelt naar mogelijke fraude door een zorgaanbieder.
- 4 Verzekeraar behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waar-

bij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door verzekeraar geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde verzekeraar direct te informeren. Verzekerde verschaft verzekeraar desgevraagd de inlichtingen die verzekeraar redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde. In geen geval mag zonder schriftelijke machtiging van verzekeraar met die derde of diens gemachtigde, daaronder begrepen diens verzekeringsmaatschappij, enigerlei regeling worden getroffen, waardoor verzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad.

- 5 Iedere wijziging en verandering die van invloed kan zijn op de rechten en plichten uit hoofde van de aanvullende verzekering zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk aan verzekeraar mee te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
 - a Verhuizing;
 - b Geboorte;
 - c Overlijden;
 - d Wijziging van (post)banknummer;
 - e Het zich metterwoon buiten Nederland vestigen;
 - f Het vervallen van de verzekeringsplicht op grond van de Zvw, het schorsen van de hoofdverzekering en/of het beëindigen van de hoofdverzekering;
 - g Het niet meer voldoen aan de voorwaarden om collectief verzekerd te zijn (bijv. beëindiging dienstverband);
 - h Begin en einde detentie;
 - i In diensttreding als militair in actieve dienst.
- 6 De naam van de opvolgende verzekeraar door te geven, alsmede de naam van de (zorg)verzekeraar waar de hoofdverzekering is ondergebracht.

ARTIKEL 12 FRAUDEBESTRIJDING

- 1 Niet vergoed worden de kosten die worden gedeclareerd terwijl verzekerde verzekeraar probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door voor verzekeraar feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van de kosten of het recht op vergoeding van belang zijn. Dit verval van recht op vergoeding geldt voor de gehele declaratie.
- 2 Indien er sprake is van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik vanuit de verzekering voortvloeiende rechten, zullen de gegevens van verzekerde en/of derden worden opgenomen in daartoe bestemde registers conform het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars. Deze registers hebben tot doel het bevorderen van de integriteit en de veiligheid van de verzekeringsbranche en het voorkomen van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. Daarnaast gaat verzekeraar in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.
- 3 Bij bewezen misleiding of fraude kan verzekeraar de onderzoekskosten verhalen op verzekeringnemer.
- 4 Misbruik van de Zorgpas wordt aangemerkt als fraude.

ARTIKEL 13 COLLECTIEF VERZEKERDEN

- 1 Indien op de verzekering collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven van toepassing zijn op basis van een tussen verzekeraar en een belangenbehartiger van verzekeringnemer afgesloten collectieve verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld werkgever, personeelsvertegenwoordiging, vereniging, stichting, branche-organisatie of andere belangenbehartiger die belangen verzekeringnemer vertegenwoordigt), dan zijn eventueel overeengekomen afwijkende bepalingen in de collectieve verzekeringsovereenkomst prevalerend ten opzichte van deze voorwaarden. Verzekeringnemer is zelf niet individueel partij bij de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- 2 De collectieve verzekeringsvoorwaarden en/of collectieve premietarieven zijn niet (langer) meer van toepassing op de verzekering vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan het collectief (bijvoorbeeld bij einde dienstverband) of indien de collectieve verzekeringsovereenkomst door verzekeraar of de belangenbehartiger is beëindigd. De verzekering

wordt vanaf dat moment op basis van de dan geldende individuele verzekeringsvoorwaarden en individuele premietarieven voortgezet of - indien dit niet mogelijk is - op basis van een verzekering die qua dekkingsomvang zoveel als mogelijk overeenkomt met de beëindigde verzekering, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld.

ARTIKEL 14 KLACHTEN EN GESCHILLEN

- 1 Indien verzekeringnemer of verzekerde het niet eens is met een door verzekeraar, in het kader van de uitvoering van de verzekering genomen beslissing kan hij verzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Klachten en Bezwaar van verzekeraar.
- 2 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 30 dagen door verzekeraar wordt gereageerd, dan wel verzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan verzekeringnemer of verzekerde een klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.
- 3 Indien verzekeringnemer of verzekerde bejegeningklachten heeft over de verzekering, dan kan hij zijn klacht eveneens voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.
- 4 Het adres van de Ombudsman Zorgverzekeringen is: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG te Zeist.

ARTIKEL 15 OVERIGE BEPALINGEN

- 1 De bij de aanvraag van de zorgverzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door verzekeraar verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de zorgverzekering en om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.
- 2 Verzekeringnemer en verzekerden worden geacht toestemming te hebben verleend aan verzekeraar om op al dan niet elektronische wijze persoonsgegevens (zoals naam, adres, polis, premie, vergoedingen) te verwerken met voor de uitvoering van de zorgverzekering ingeschakelde derden (zoals aanbieders, factoring-, incasso-, verhaal- en fraudeonderzoeksbureaus).
- 3 Verzekeraar zal materiële controle en fraudeonderzoek uitvoeren overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zvw alsmede in het Addendum bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.
- 4 Kosten van verzekerde prestaties worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- 5 Mededelingen, verzonden aan het bij verzekeraar laatst bekende adres van verzekeringnemer worden geacht verzekeringnemer en verzekerde te hebben bereikt.
- 6 Er kan slechts een beroep worden gedaan op een telefonische of mondelinge toezegging indien verzekeraar deze schriftelijk heeft bevestigd.
- 7 Lijsten met gecontracteerde aanbieders maken geen deel uit van de verzekering.
- 8 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing en is de Nederlandse rechter bevoegd.
- 9 In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist verzekeraar.
- 10 Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking per 1 januari 2007.

VERGOEDINGENLIJST

AANVULLENDE VERZEKERING ANDERZORG JONG

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan de aanvullende verzekering AnderZorg Jong een onderdeel vormt, heeft verzekerde - indien en voor zover op de Zorgpolis aanvullend is (mee)verzekerd - recht op de volgende verzekerde prestaties:

1 Alternatieve (genees)middelen en geneeswijzen

Vergoeding:

- De gezamenlijke kosten voor consulten/ behandelingen en geneesmiddelen tot maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar.

A Alternatieve (genees)middelen

Voorwaarde(n):

- De homeopathische middelen zijn geregistreerd volgens artikel 4 en 6 van het Besluit homeopathisch farmaceutische producten of het betreft een magistrale homeopathische bereiding voor een individuele verzekerde die is opgenomen in de Z-index prijslijst;
- Antroposofische middelen van WALA en Weleda komen voor vergoeding in aanmerking;
- Voedingssupplementen zijn opgenomen in de Z-index prijslijst;
- De middelen zijn voorgeschreven door een arts;
- De middelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- De homeopathische en antroposofische middelen worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische middelen.

Uitsluiting(en):

- Alternatieve- en reguliere zelfzorgmiddelen, fytotherapeutische geneesmiddelen, individueel bereide (niet-geregistreerde) homeopathische middelen.

B Alternatieve geneeswijzen

Voorwaarde(n):

- Homeopathie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH);
 - Nederlandse Organisatie van Klassieke Homeopaten (NOKH).
- Antroposofie
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
 - Beroepsgemeenschap Psychosociaal Hulpverleners Antroposofie (BPHA);
 - Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
 - Nederlandse Vereniging van Creatief Therapeuten (NVCT);
 - Nederlandse Vereniging voor Euritmie Therapie (NVET).
- Acupunctuur/Accupressuur
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
 - Nederlandse Vereniging van Reflexzone Therapeuten (VNRT);
 - International Free University (IFU).
- Natuurlijke Geneeswijzen
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
 - Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Vereniging Additieve Genezers (VAG);
 - Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);

- Nederlandse Vereniging voor Traditioneel Chinese Geneeskunde (ZHONG);
- Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
- Beroepen Associatie Therapeut en Consument (BATC);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke & Regulatietherapie (NVNR).
- Zorg voor Houding en Beweging
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Stichting Chiropractie Nederland (SCN/NCA);
 - Nederlands Register voor Osteopathie (NRO);
 - Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
 - Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
 - Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)/Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
 - Vereniging voor IOKAI Shiatsu-therapeuten (VIS);
 - Register CranioSacraal Therapie Nederland (RCN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK).
- Alternatieve Psychologische Hulpverlening
De zorgaanbieder dient als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van de volgende beroepsverenigingen:
 - Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
 - Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
 - Nederlandse Beroepsvereniging Van Hypnotherapeuten (NBVH);
 - Nederlandse Gilde Van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPIT e.a.);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
 - NFG- Vakgroep Psychosociaal en Maatschappelijk Werk (VPMW);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalt-therapeuten (NBGT);
 - Landelijke Vereniging voor Psychosociaal Werkenden (LVPW).
- Voetzorg
Voor podotherapie, alsmede hulpmiddelen in het kader van podotherapie dient de zorgaanbieder een geregistreerde podotherapeut te zijn of als praktiserend en gediplomeerd lid aangesloten te zijn bij één van volgende beroepsverenigingen:
 - Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP);
 - Het Omni Podo Genootschap (OPG);
 - Een register-podoloog aangesloten bij de Stichting LOOP.

2 Buitenland

A Hulpverlening in het buitenland

Service en ondersteuning:

- Hulpverlening door de Alarmcentrale van verzekeraar bij het organiseren van spoedeisende medische zorg, contacten met behandelend artsen, repatriëring, garantiestellingen en andere met de verzekering verband houdende ondersteunende diensten.

Voorwaarde(n):

- Hulpverlening uitsluitend door de Alarmcentrale van verzekeraar (telefoon +31 317 455 555).

B Niet-spoedeisende medische zorg

Vergoeding:

- De kosten van medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt en tot maximaal de in Nederland geldende tarieven.

Voorwaarde(n):

- Na voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
- Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS.

C Spoedeisende medische zorg

Vergoeding:

- De kosten van spoedeisende medische en farmaceutische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend voor zover verzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt en deze niet ten laste van de hoofdverzekering kunnen worden gebracht.

Voorwaarde(n):

- Verblijf buiten Nederland van maximaal 12 maanden aaneengesloten;
- Farmaceutische zorg wordt alleen vergoed op basis van een recept van de behandelend arts, mits de stofnaam voorkomt in een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat is opgenomen in het GVS;
- Bij een ziekenhuisopname moet deze direct gemeld worden bij de Alarmcentrale van verzekeraar (telefoon +31 317 455 555).

Uitsluiting(en):

- Vergoeding van de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van verzekeraar zijn gemeld;
- Reddingskosten.

D Vervoer bij overlijden

Vergoeding:

- De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van verzekerde van de plaats van overlijden naar Nederland.

E Vervoer vanuit buitenland

Vergoeding:

- 100% van de kosten van ziekenvervoer met een spoedeisend karakter van de verblijfplaats in het buitenland naar een instelling in Nederland.

Voorwaarde(n):

- De organisatie van het vervoer vindt plaats door de Alarmcentrale van verzekeraar (telefoon +31 317 455 555);
- De Alarmcentrale van verzekeraar bepaalt of er sprake is van een medische noodzaak tot repatriëring;
- De kosten van repatriëring van een meereizend gezinslid komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de Alarmcentrale van verzekeraar het mee terugreizen noodzakelijk vindt.

3 Dieetadviesing

Vergoeding:

- Maximaal 2 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- De behandelingen zijn een vervolg op en maken onderdeel uit van de behandeling die vanuit de hoofdverzekering is gestart;
- Dieetadviesing omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten;
- De hoofdverzekering is ondergebracht bij verzekeraar, of een (zorg)verzekeraar die tot dezelfde groep als verzekeraar behoort.

4 Fysio- en oefentherapie Cesar en/of Mensendieck

Vergoeding:

- Voor vergoeding komen in aanmerking de gezamenlijke kosten van maximaal 9 medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck per verzekerde per kalenderjaar.

A Fysiotherapie

De kosten van de volgende medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een (verbijzonderde) (fysio)therapeut:

- Fysiotherapie verleend door een (fysio)therapeut;
- Manuele therapie verleend door een manueel therapeut;
- Bekkenterapie verleend door een bekkentherapeut;
- Kinderfysiotherapie verleend door een kinderfysiotherapeut;
- Oedeemtherapie of manuele lymfedrainage verleend door een oedeemtherapeut of huidtherapeut;
- (Groeps)therapie voor een specifieke doelgroep bij een hiervoor gecontracteerde therapeut.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten), tenzij de fysiotherapeut in de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders als zijnde een direct toegankelijk fysiotherapeut (DTF) is opgenomen. Deze lijst is te raadplegen via de website van verzekeraar en wordt

op verzoek toegezonden;

- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

- Individuele of groepsbehandelingen die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen (medische fitness);
- Hydrotherapie;
- Behandelingen gericht op preventie.

En/of

B Oefentherapie Cesar/Mensendieck

De kosten van medisch noodzakelijke (groeps)behandelingen van een oefentherapeut Cesar en/of Mensendieck.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts (bij arbeidsgerelateerde klachten) of tandarts (bij kaakklachten);
- Voor behandelingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de hoofdverzekering;
- Behandeling geschiedt door een therapeut met wie verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten;
- Declaratieverkeer vindt plaats rechtstreeks tussen therapeut en verzekeraar.

Uitsluiting(en):

- Individuele of groepsbehandelingen die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen (medische fitness);
- Hydrotherapie;
- Behandelingen gericht op preventie.

5 Huidtherapieën

A Acnetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 185 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huidtherapeut;
- Er is sprake van een ernstige vorm van acnè in het gelaat en/of de hals.

B Camouflagemiddelen

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Geleverd door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist.

C Camouflagetherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verricht door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist;
- Er is sprake van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals.

D Epilatie

Vergoeding:

- 75% tot maximaal € 500 per verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur voor de behandeling door middel van elektrische epilatie, laser of vergelijkbare behandelingen.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van abnormale haargroei in het gelaat en/of de hals;
- Verricht door huidtherapeut of door verzekeraar erkend schoonheidsspecialist.

E Psoriasisdagbehandeling door middel van Balneofototherapie

Vergoeding:

- Maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Verwijzing door huidarts/dermatoloog;

- Behandeling door zorgaanbieder waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

F UVB-lichttherapie

Vergoeding:

- De kosten voor het huren van belichtingsapparatuur, voor de duur van de kuur, te plaatsen bij verzekerde thuis.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde lijdt aan psoriasis, constitutioneel eczeem, PMLE, neurodermitis of vitiligo uitsluitend wanneer dit in het gezicht of op de armen voorkomt;
- Kuur is voorgeschreven door de huidarts/dermatoloog;
- Voorafgaande toestemming van verzekeraar;
- Geleverd door een leverancier waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

6 Hulpmiddelen

A Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding:

- Maximaal € 50 per glas/lens tot een maximum van € 100 per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Of

- Eenmaal per 2 kalenderjaren gebruik maken van één van de brilarrangementen die verzekeraar voor haar verzekerden is overeengekomen. De brilarrangementen maken deel uit van de verzekering en zijn te raadplegen via de website van verzekeraar en worden op verzoek toegezonden.

Voorwaarde(n):

- Bij gebruikmaking van een brilarrangement vindt het declaratieverkeer plaats rechtstreeks tussen leverancier en verzekeraar. Verzekerde dient zelf geen declaratie in.

Uitsluiting(en):

- Zonnebrillen, gekleurde glazen/lenzen, montuur.

B Softbraces/spalken

Vergoeding:

- De aanschaffkosten tot een maximum van € 40 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Verzekerde kan geen aanspraak maken op een softbrace of spalk vanuit de hoofdverzekering of andere wettelijke regelingen.

Uitsluiting(en):

- Geen vergoeding vindt plaats indien softbrace of spalk wordt voorgeschreven voor of na een operatieve ingreep.

7 Preventie

Preventie bij reizen naar het buitenland

Vergoeding:

- Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van:
 - Vaccins en het vaccineren tegen (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen;
 - Preventieve geneesmiddelen tegen malaria.

Voorwaarde(n):

- Toediening door een arts die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) en in geval van vaccinatie tegen Gele Koorts, hiervoor geregistreerd is.

8 Psychologische zorg

Vergoeding:

- De kosten tot een maximum van € 350 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Er is sprake van kortdurende individuele psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns psycholoog;
- Bij psycho-oncologische zorg vindt vergoeding uitsluitend plaats als de zorg wordt verleend door een door verzekeraar erkend therapiecentrum;
- Voor zittingen waarvoor geen vergoeding plaatsvindt krachtens de AWBZ.

Uitsluiting(en):

- (Ortho)Pedagogische en psychotherapeutische zorgverlening.

9 Second opinion

Vergoeding:

- 100%.

Voorwaarde(n):

- Het betreft het eenmalig raadplegen van een andere medisch specialist, binnen Nederland, dan de behandelend medisch specialist die een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

Uitsluiting(en):

- Second opinion in het kader van de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

10 Sport Medisch Advies

Vergoeding:

- De kosten van consulten ten behoeve van onderzoek en advies bij sportblessures, tot een maximum van € 150 per verzekerde per kalenderjaar;
- De kosten van een sportkeuring, tot een maximum van € 75 per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde(n):

- Consulten, onderzoeken en sportkeuringen worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een arts die als sportarts werkt bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of een Sport Medische Instelling (SMI) die zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting(en):

- Prestatieve begeleiding;
- Cursussen.

11 Stottertherapie

Vergoeding:

- Maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar voor stottertherapieën.

Voorwaarde(n):

- Therapieën worden aangeboden door instituten die door verzekeraar erkend zijn zoals: Del Ferro te Amsterdam, Instituut Natuurlijk Spreken en de Boma methode zoals die wordt gehanteerd in instituut 'De Pauw'.

12 Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoedingen:

A Consulten

Per kalenderjaar worden maximaal 3 consulten per verzekerde vergoed.

C11	Periodiek preventief onderzoek, 1 ^e in kalenderjaar	100%
C12	2 ^e en volgend periodiek preventief onderhoud	100%
C13	Incidenteel consult	100%

B Preventieve behandelingen

M50 Tandsteenverwijdering gering, éénmaal per kalenderjaar 75%

of
M55 Tandsteenverwijdering normaal, éénmaal per kalenderjaar 75%

of
M59 Tandsteenverwijdering uitgebreid, éénmaal per kalenderjaar 75%

C Anesthesie

A10 Geleidings- en/of infiltratie- anesthesie 75%

A15 Oppervlakte anesthesie 75%

D Röntgenfoto's

X10 Intraorale foto, maximaal 4 per kalenderjaar 75%

E Vullingen

Per kalenderjaar worden maximaal 4 vullingen per verzekerde vergoed.

V10 Pitvulling (amalgaam/composiet) 75%

V11 1-vlaks restauratie (amalgaam/composiet) 75%

V12 2-vlaks restauratie (amalgaam/composiet) 75%

V13 3-vlaks restauratie (amalgaam/composiet) 75%

V14 Kroon van plastisch materiaal (amalgaam/composiet) 75%

V15 Directe labiale veneering 75%

V20/21 Etsen t.b.v. composiet, al dan niet in combinatie met etsbare onderlaag (maximaal 4 per kalenderjaar) 75%

F	Wortelkanaalbehandelingen	
E01	Endodontisch consult	75%
E02	Uitgebreid endodontisch consult	75%
E03	Consult na dentaal trauma	75%
E13	Eenkanalig element	75%
E14	Tweekanalig element	75%
E16	Driekanalig element	75%
E17	Vier- of meerkanalig element	75%
E45	Aanbrengen rubberdam	75%
E77	Initiële wortelkanaalbehandeling, 1 ^e kanaal	75%
E78	Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal	75%
E85	Elektronische lengte bepaling	75%
G	Chirurgische behandelingen	
H10	Extractie inclusief eenvoudig wondtoilet	75%
H15	Volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	75%
H20	Hechten, per alveole	75%
H21	Kosten hechtmateriaal	75%
H25	Uitgebreid wondtoilet	75%
H30	Gecomplieerde extractie zonder mucoperiostale opklap	75%
H35	Gecomplieerde extractie met mucoperiostale opklap	75%

Voorwaarde(n):

- Verzekerden kunnen alleen aanspraak maken op vergoeding van de kosten als zij zich tenminste eenmaal per kalenderjaar voor controle tot de tandarts hebben gewend.
- Verzekerde heeft recht op de verzekerde prestaties indien en voor zover hiertoe een medische noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts of gecontracteerde mondhygiënist.
- Tenzij anders is vermeld, sluiten de omschrijvingen aan bij de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg, voor tandartsen. De procentuele vergoeding is gebaseerd op de wettelijke tarieven, dan wel op de in de individuele overeenkomsten vastgestelde tarieven.
- Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigd mondhygiënist voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de polisvoorwaarden. De volgende (groepen van) verrichtingen komen - zo nodig na verwijzing door de tandarts - voor vergoeding in aanmerking: consulten, preventieve behandelingen, anesthesie, röntgenfoto's en vullingen. Tariëfsafspraken hierover zijn ook vastgelegd in de individuele overeenkomsten.

13 Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)

Vergoeding:

- De kosten van de volgende anticonceptiva:
 - Anticonceptiepil;
 - Hormoonhoudende vaginale ring;
 - Anticonceptie per injectie;
 - Anticonceptie per implantatie;
 - Koperhoudend spiraaltje;
 - Pessarium;
 - Hormoonhoudend spiraaltje.
- Indien van toepassing het inbrengen van het voorbehoedsmiddel.

Voorwaarde(n):

- Verzekerde is 21 jaar of ouder;
- Op grond van de hoofdverzekering bestaat geen aanspraak op een vergoeding voor anticonceptiva;
- Eerste verstrekking op voorschrift van huisarts of medisch specialist;
- Het voorbehoedsmiddel is geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- Het inbrengen van het voorbehoedsmiddel wordt uitgevoerd door:
 - Een huisarts, vergoeding ten hoogste € 51;
 - Een specialist in het ziekenhuis, vergoeding op basis van de wettelijke tarieven, zoals vastgesteld op grond van de Wmg (dit is inclusief het voorbehoedsmiddel);
 - Een arts in een andere instelling dan een ziekenhuis, waarmee verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Uitsluiting(en):

- Kosten voor het verkrijgen van herhaalrecepten bij de arts.

Trefwoordenregister aanvullende verzekering AnderZorg Jong

Algemene
verzekerings
voorwaarden

AnderZorg
Jong

Artikelnummer binnen de voorwaarden:

	Algemene verzekerings voorwaarden	AnderZorg Jong
A		
Acnêtherapie		5A
Acupunctuur/accupressuur		1B
Alarmcentrale	1	2A
Alternatieve (genees)middelen	1	1A
Alternatieve geneeswijzen	1	1B
Alternatieve zelfzorgmiddelen (uitsluiting)		1A
Anesthesie (verdooving)		12
Anticonceptiva		13
Antroposofisch arts, antroposofie	1	1B
Antroposofische middelen		1A
Apotheekhoudend huisarts	1	
Apotheker	1	
Arbeidsgerelateerde klachten	1	
Arts	1	
AWBZ	1	
B		
Balneofototherapie (Psoriasisdagbehandeling)	1	5E
Bedrijfsarts	1	
Beëindiging van verzekering	4	
Bekkentherapeut	1	
Bekkentherapie		4A
Braces		6B
Brilarrangementen		6A
Brillenglazen en contactlenzen		6A
Buitenland (hulpverlening in het buitenland)		2A
Buitenland (niet spoedeisende medische zorg)		2B
Buitenland (spoedeisende medische zorg)		2C
Buitenland (vervoer bij overlijden)		2D
Buitenland (ziekenvervoer vanuit het buitenland)		2E
Buitenlandse reizen (vaccinatie en Malaria)		7
C		
Camouflagemiddelen		5B
Camouflagetherapie		5C
Cesar (oefen)therapie		4B
Chiropractie		1B
Chirurgische behandelingen zoals extractie (trekken)		12
Collectief (verzekerden)	13	
Collectieve verzekering (einde)	11	
Consulten (controles)		12
Contactlenzen		6A
CranioSacraal therapie		1B
D		
Declareren (indienen van nota's)	10	
Dekking	1	
Detentie (begin en einde)	11	
Dieetadvisering		3
Diëtist	1	
Duur van de verzekering	4	
Duurzaam samenlevend persoon	1	
E		
Eigen bijdrage	1	
Emigratie (verhuizing naar buitenland)	11	
Epilatie (behandeling)		5D
F		
Farmaceutische zorg	1	
Fitness (medische) (uitsluiting)		4A
Fraude (bestrijding)	12	
Fysiotherapie	1	4A
Fysiotherapie (Manueel-, bekken-, kinder-, oedeem-, groeps-)		4A
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck		4B
G		
Geboorte	11	
Gecontracteerde zorgaanbieders	7	
Geregistreerde partner	1	
Geschillen en klachten	14	
Gestalttherapie		1B

Trefwoordenregister aanvullende verzekering AnderZorg Jong

Algemene
verzekerings
voorwaarden

AnderZorg
Jong

Artikelnummer binnen de voorwaarden:

Gezin	1	
Groepstherapie		4A
Grondslag (van verzekering)	2	
GVS	1	
H		
Haptotherapeut		1B
Homeopathie		1B
Homeopathische middelen		1A
Hoofdverzekering	1	
Huidtherapeut, huidtherapie	1	
Huisarts	1	
Hulpmiddelen		6
Hulpverlening in het buitenland		2A
Hydrotherapie (uitsluiting)		4A
Hypnotherapeut		1B
I		
Indienen van nota's	10	
Inenting (vaccinaties buitenlandse reis)		7
Ingangsdatum (van verzekering)	4	
Instelling	1	
Integraal therapeut		1B
K		
Kinderfysiotherapeut, kinderfysiotherapie	1	4A
Kinesiologie		1B
Klachten(regeling)	14	
KNGF	1	
L		
Laserbehandeling (epilatie)		5D
Lenzen (contact-) en brillenglazen		6A
Lymfedrainage		4A
M		
Magistrale homeopathische bereiding	1	
Malaria (preventie buitenlandse reis)		7
Manueel therapeut	1	1B
Manuele therapie		4A
Medisch adviseur	1	
Medisch specialist	1	
Medische fitness (uitsluiting)		4A
Medische noodzaak	1	
Medische zorg (in het buitenland)		2
Mensendieck (oefen)therapie		4B
Militaire dienst (indiensttreding)	11	
Mondhygiënist	1	
N		
Natuurgeneeswijzen		1B
Natuurlijke geneeswijzen		1B
O		
Oedeemtherapeut, oedeemtherapie	1	4A
Oefentherapeut Cesar/Mensendieck	1	4B
Ombudsman Zorgverzekeringen	14	
Opname (ziekenhuis)	1	
Opzegging van verzekering	4	
Orthomanueel therapeut		1B
Osteopathie		1B
Overlijden (doorgeven van)	11	
Overlijden (vervoer stoffelijk overschot vanuit buitenland)		2D
P		
Pedagogische hulpverlening (uitsluiting)		8
Pessarium		13
Pil, de		13
Podotherapeut (voetzorg)	1	1B
Podotherapie (hulpmiddelen voetzorg)		1B
Premie	5	
Premieervaldag	1	
Premiewijziging	6	
Psoriasis (dagbehandeling)		5E
Psoriasis (huur UVB lichttherapie thuis)		5F

Trefwoordenregister aanvullende verzekering AnderZorg Jong

Algemene
verzekerings
voorwaarden

AnderZorg
Jong

Artikelnummer binnen de voorwaarden:

Psychologische hulp (alternatief)	1	1B
Psychologische zorg (vergoeding)		8
Psychotherapie (uitsluiting)		8
R		
Reddingskosten	1	
Regeling zorgverzekering (hulpmiddelen)	1	
Revalidatie	1	
Röntgenfoto's		12
S		
Schoonheidsspecialist	1	
Second opinion		9
Shiatsu-therapeut		1B
SKGZ	14	
Softbraces/spalken		6B
Specialistische zorg	1	
Spiraaltje		13
Spoedeisende medische zorg (in het buitenland)	1	2C
Sport Medisch Adviescentrum (SMA), Instelling (SMI)	1	10
Sportarts	1	
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen	14	
Stottertherapie		11
T		
Tandarts	1	
Tandheelkundige hulp voor 18 jaar en ouder		12
Tandsteenverwijderen		12
Toepassingsgebied (van verzekering)	3	
Toestemming	1	
U		
Uitsluitingen	8	
UVB-lichttherapie (Psoriasis)		5F
V		
Vaccinatie (buitenlandse reis)		7
Vergoedingenlijst	1	
Verhuizing	11	
Verhuizing naar buitenland	11	
Verplichting (tot medewerking)	11	
Vervoer (stoffelijk overschot vanuit buitenland)		2D
Vervoer (ziekenvervoer vanuit buitenland)		2E
Verwijzing	1	
Verzekeraar	1	
Verzekerde	1	
Verzekerde prestaties	7	
Verzekering	1	
Verzekeringnemer	1	
Verzekeringsduur	1,4	
Verzekeringsgrondslag	2	
Verzekeringsvorm	1	
Voedingssupplementen		1A
Voetzorg (podothérapie)		1B
Voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva)		13
Voorwaardenwijziging	6	
Vullingen		12
W		
Wet BIG	1	
Wijziging (post)banknummer	11	
Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	6	
Wmg	1	
Wortelkanaalbehandelingen		12
Z		
Zelfzorgmiddelen (uitsluiting)		1A
Ziekenhuis	1	
Ziekenvervoer (vanuit buitenland)		2E
Z-index	1	
Zorgaanspraak	9	
Zorgpolis	1	
Zorgverzekeraar	1	
Zvv	1	



de basisverzekeraar

www.anderzorg.nl