

Polisvoorwaarden 2002

Agis Zorgpolis

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de polisvoorwaarden aan van uw Agis Zorgpolis. 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 Zorgpolis biedt u een uitgebreide dekking tegen ziektekosten, zoals preventieve zorg, zorg in uw omgeving (huisarts, geneesmiddelen), (huid)therapieën, hulpmiddelen, specialistische hulp en (bijzondere) ziekenhuiszorg, verblijf buitenshuis (herstellingsoord) en hulp in het buitenland. Daarnaast kunt u als facultatieve dekking tandheelkunde meeverzekeren.

In de Agis Zorgpolis is een aantal dekkingen naar keuze uit te sluiten. Door uit te sluiten krijgt u korting op uw premie. Door u gemaakte kosten die onder een door u uitgesloten dekking vallen worden dan niet vergoed.

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, afgezien van eventuele "gekozen" uitsluitingen, 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 en een eventueel eigen risico, 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.

Utrecht, september 2001
Agis Ziektekostenverzekeringen NV

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	7
2	Dekking	11
2.1	Omvang van de dekking	11
2.2	Uitsluitingen	11
3	Algemeen	12
3.1	Grondslag van de verzekering	12
3.2	Begin en einde van de vergoeding	13
3.3	Registratie van persoonsgegevens	13
3.4	Gemaximeerde wachttijden	13
3.5	Letselschadeservice	14
4	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	14
4.1	Verhaal	14
4.2	Afhandeling schade	14
5	Premie	15
5.1	Premiebetaling	15
5.2	Schorsing recht op vergoedingen	15
5.3	Eigen risico	15
5.4	Kennisgeving	16
6	Wijziging van premie of voorwaarden	16
7	Begin, duur en einde van de verzekering	17
8	Geschillenregeling en toepasselijk recht	18
9	Dekking Agis Zorgpolis	18
9.1	Preventie	18
	a. Cursuspakket "Gezonder leven"	18
	b. Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	19
9.2	Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)	19
9.3	Medisch-specialistische hulp en onderzoek	19
	a. Medisch-specialistische hulp, poliklinisch	19
	b. Audiologische hulp	20
	c. Chronisch intermitterende beademing	20
	d. Erfelijkheidsonderzoek	20
	e. Leukemie bij kinderen	20
	f. Second opinion	20
	g. Trombosedienst	20
9.4	Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg	21
	a. Opname	21
	b. Dagverpleging	21
	c. In vitro fertilisatie en fertiliteitbevorderende behandelingen voor vrouwelijke verzekerden	21
	d. Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis	22
	e. Nierdialyse	22
	f. Ouderverblijf bij opname kind	22
	g. Orgaantransplantatie	22
	h. Sterilisatie en abortus	22
	i. Zorghotel	23

9.5	Zorg in verband met de geboorte van een kind	23
	a. Bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis	23
	b. Bevalling in een kraaminrichting of zonder medische noodzaak in een ziekenhuis (poliklinisch)	23
	c. Bevalling thuis	23
	d. Kraamzorg in natura	24
9.6	Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)	24
9.7	Hulpmiddelen	25
	a. Hulpmiddelen	25
	b. Brillenglazen of contactlenzen	26
	c. Diabetes hulpmiddelen	26
9.8	Revalidatie	26
9.9	Ziekenvervoer	27
9.10	Tandheelkundige hulp	27
	a. Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	27
	b. Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder	28
9.11	Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)	29
	a. Fysiotherapie, manuele therapie	29
	b. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	30
	c. Logopedie	30
	d. Ergotherapie	30
9.12	Alternatieve geneeswijzen (dekking naar keuze uit te sluiten)	31
	a. Alternatieve geneeswijzen	31
	b. Antroposofische geneeswijzen	31
9.13	Psychische hulpverlening	32
9.14	Therapieën	32
	a. Huidtherapie	32
	b. Overige therapieën	32
9.15	Extra vergoedingen	33
	a. Kuren en therapeutische kampen	33
	b. Patiëntenvereniging	33
	c. Consult sportblessure	33
9.16	Buitenlanddekking	34
	a. Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)	34
	b. EU-dekking (niet spoedeisend)	35
10	Facultatieve dekking tandheelkunde (alleen indien meeverzekerd)	36
11	AWBZ	36
12	Bijlage	37

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.

Audiologisch centrum

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten

De neventarieven die op grond van de WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg) door de instelling, het ziekenhuis of 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.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

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.

Eigen bijdrage

De bijdrage in kosten van verstrekkingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de AWBZ en de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland.

Ergotherapeut

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

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.

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 Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland 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 adoptie kinderen tot 18 jaar en/of;
- b de tot het gezin behorende studerende, inwonende, ongehuwde c.q. eigen 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 lastenaf trek 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 het kraamcentrum 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.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

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.

Podotherapeut

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

Privé-kliniek

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

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 Ziektekostenverzekeringen NV, verder te noemen: de verzekeraar.

Verzekeringnemer

Degene 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, die al bestond voor het aangaan van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (waaronder tevens wordt begrepen verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico) 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 vermindering 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 gedeponeed;
- 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 verzekeringsovereenkomst en maken daarvan deel uit.
- 2 Verwijzing: 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 op 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.
- 5 Voor alle verzekerden op een polis dient hetzelfde verzekeringspakket te worden gekozen, met dien verstande dat de facultatieve tandartsverzekering per verzekerde kan worden aangevraagd. De keuze van de verzekerde verpleegklasse is per verzekerde vrij, met dien verstande dat voor kinderen uitsluitend een derde klasse verzekering mogelijk is.

3.2 Begin en einde van de vergoeding

De deelnemer 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 maximum 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 (vanaf 2001: Wet Bescherming Persoonsgegevens).

3.4 Gemaximeerde wachttijden

- 1 De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn geholpen wordt via de Agis Zorgservice. Voor de volgende operaties gelden de vermelde gegarandeerde maximale wachttijden:
 - staaroperaties: behandeling binnen 13 weken
 - dotterbehandelingen: behandeling binnen 8 weken
 - open hart operaties: behandeling binnen 10 weken
 - knie- en heupprotheses: behandeling binnen 13 weken
- 2 De gegarandeerde maximale wachttijd vangt aan op het moment dat de verzekerde zich bij de Agis Zorgservice heeft aangemeld of bij een volledige bemiddeling na ontvangst van de door de verzekerde ondertekende machtiging.
- 3 Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijn te regelen, dan vergoedt de verzekeraar de beoogde ingreep in een door de Agis Zorgservice aangewezen ziekenhuis binnen of buiten Nederland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

TIP

**Bel de Agis Zorgservice met vragen over wachttijden voor operaties.
Zie voor het telefoonnummer de achterzijde van deze brochure.**

3.5 Letselschadeservice

- Omschrijving: hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade:
- als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval;
 - onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.

Bijzonderheden: 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 achterzijde voorwaarden.**

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 zonedig 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 indien 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 Eigen risico

- 1 Van de verzekerde kosten is het op het polisblad genoemde eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer.
- 2 Als voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximum vergoedingsbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum onverminderd van kracht, zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna.

- 3 Als de verzekering ingaat na 1 januari van een kalenderjaar wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd. Het eigen risico wordt niet verlaagd bij een voortijdig einde van de verzekering. Een reeds ingehouden risico wordt niet gerestitueerd.
- 4 Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico wordt beschouwd als het sluiten van een nieuwe verzekering en dient vergezeld te gaan van een nieuw ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 5 Een door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het eerste schriftelijke verzoek aan de verzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
 - a de verzekeraar kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet-tijdige voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na datum postmerk van berichtgeving tot betaling van het verschuldigde bedrag. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de betaling te voldoen;
 - b de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief eventuele kosten, door de verzekeraar is ontvangen;
 - c bij beëindiging van de polis zal de vordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

5.4 Kennisgeving

- 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - 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.
- c De herziening van de premie geschiedt ongeacht de wijziging welke voortvloeit uit de verhoging ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde.
- d Herziening van de premie die voortvloeit uit de premiestelling ten gevolge van de koppeling van de premie aan de leeftijd van de verzekerde zal plaatsvinden op de eerstvolgende vervaldatum (1 januari van enig jaar) ná het bereiken van deze leeftijds grens overeenkomstig het leeftijdsgebonden tarief voor individuele ziektekosten van de verzekeraar.

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;
 - bij een herziening, die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijds grens door een verzekerde zoals omschreven onder 6.1d:

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 verzekeringsovereenkomst eindigt:
 - a door overlijden van de verzekerde;
 - b door opzegging door verzekerde of verzekeringnemer middels een aangekend schrijven, tenminste drie maanden voor het verstrijken van de termijn zoals op het (laatste) polisblad vermeld;
 - c tenzij anders is overeengekomen, voor elke verzekerde dertig dagen na de datum waarop de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
 - d als tijdens de looptijd van de verzekeringsovereenkomst de verzekering overbodig wordt ten gevolge van een publiekrechtelijke verzekering of wettelijke regeling conform de Ziekenfondswet, die dekking geeft voor de onder deze verzekering verzekerde kosten. De verzekeraar zal in dat geval de verzekering beëindigen;
 - e 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. Een reeds ingehouden eigen risico zal niet gerestitueerd worden.
- 3 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 verzekerde de verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst niet nakomt.
- 4 In het geval als bedoeld in 7.3c heeft de verzekeraar, overeenkomstig het bepaalde in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen.
 - 5 In alle overige gevallen als bedoeld in 7.3 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.
 - 6 Als de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt zal de verzekerde onherroepbaar worden ingeschreven in de wettelijk geregelde Standaardpakketpolis tegen de wettelijke premie, per de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt.

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 Zorgpolis

9.1 Preventie

a Cursuspakket "Gezonder leven"

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: tot een maximum van € 45,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

b Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen

1 Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen buitenland

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

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

Vergoeding: 75% tot een maximum van € 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.

2 Overige vaccinaties

Omschrijving:

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

Zorgverlening: huisarts of specialist.

Vergoeding: volledig.

9.2 Huisarts (dekking naar keuze uit te sluiten)

Omschrijving:

- visites en consulten wegens geneeskundig onderzoek en behandeling;
- onderzoeken en behandelingen door of op verzoek van de huisarts verricht, voorzover deze niet zijn inbegrepen in het tarief voor een huisartsconsult of visite.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

- dekking naar keuze: art. 9.2 is niet van toepassing indien die als zodanig op het polisblad staat vermeld;
- kosten die de huisarts heeft gemaakt voor keuringen worden niet vergoed.

9.3 Medisch-specialistische hulp en onderzoek

a Medisch-specialistische hulp, poliklinisch

Omschrijving:

- specialistische behandeling op advies van de huisarts, tandarts of verloskundige niet gepaard gaande met een opname in het ziekenhuis;
- bijkomende kosten;
- laboratoriumonderzoek ook op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, tandarts of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor specialistische hulp in een privé-kliniek VOORAF. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden vooraf worden gesteld.

Bijzonderheden:

- voor hulp door een oogarts is geen verwijzing nodig.
- bij onderzoek en medische behandeling in een privé-kliniek wordt het

honorarium van de specialist vergoed.

- overige bijkomende kosten worden uitsluitend vergoed, als de desbetreffende kliniek is voorzien van de bijbehorende CTG-beschikking.

b Audiologische hulp

- Omschrijving:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
 - advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
 - voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
 - psychosociale hulp, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

c Chronisch intermitterende beademing

- Omschrijving:
- mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum;
 - de door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: specialist in een daartoe erkend beademingscentrum.

d Erfelijkheidsonderzoek

- Omschrijving:
- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid- en DNA-onderzoek;
 - erfelijkheidsadvies;
 - de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.

Zorgverlening: erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde omvat het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; ook aan hen kan dan advies plaatsvinden. De kosten van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de eigen zorgverzekeraars van de andere personen.

e Leukemie bij kinderen

- Omschrijving: centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

Zorgverlening: Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

Vergoeding: volledig.

f Second opinion

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

Vergoeding: volledig.

g Trombosedienst

- Omschrijving: hulp door een trombosedienst.

Vergoeding: volledig.

Voorschrift: specialist of huisarts.

9.4 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a Opname

- Omschrijving:
- verpleging, als en zolang op medische gronden onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden;
 - het honorarium voor medisch-specialistische of kaakchirurgische hulp;
 - de bijkomende kosten.

Vergoeding: volledig voor

- opname in de verzekerde klasse;
- verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan drie maanden;
- verblijf bij de moeder van een gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang de verzekeraar voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd.

Machtiging: ja, VOORAF.

- Bijzonderheden:
- bij verpleging op basis van derde klasse en als conform de polis recht bestaat op een tweede klasse verpleging, vindt er een uitkering plaats van f 100,- per dag (daggelduitkering) tot maximaal tien dagen via een aparte declaratie door de verzekerde; de daggelduitkering geldt niet voor opname in het buitenland;
 - een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts eenmaal worden ingehouden. Het eigen risico wordt in dat geval slechts berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

b Dagverpleging

- Omschrijving:
- medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek;
 - het honorarium voor medisch-specialistische hulp;
 - de bijkomende kosten.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dagverpleging in verband met plastische chirurgie VOORAF.

c 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.

d Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis

Omschrijving: 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.

e Nierdialyse

Omschrijving:

- nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch);
- nierdialyse bij de verzekerde thuis;
- erythropoëetine.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor thuisdialyse VOORAF.

Bijzonderheden: bij thuisdialyse vindt ook een vergoeding plaats van niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die hiervoor door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

f Ouderverblijf bij opname kind

Omschrijving: 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.

Vergoeding: € 11,- per nacht.

g Orgaantransplantatie

Omschrijving:

- transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long en lever (orthotoop);
- weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door Eurotransplant;
- verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de donor is verzekerd;
- medische behandeling van de donor gedurende maximaal drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, uitsluitend voor donor VOORAF.

Bijzonderheden: de kosten van transplantaties van andere organen, waaronder de combinatie hart-long, worden niet vergoed.

h 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.

i 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.

9.5 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a Bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis

Omschrijving:

- het honorarium voor verloskundige hulp;
- de verpleging, als en voor zolang op medische gronden verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk is;
- de bijkomende kosten;
- volledig kraampakket.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden:

- indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen vanaf de dag van de bevalling verstreken is, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een uitkering ten behoeve van kraamzorg verleend van € 136,-;
- in plaats van deze uitkering kan ook gebruik gemaakt worden van Agis Kraamzorg (art. 9.5d);
- de aanvraag voor Agis Kraamzorg dient ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van de verzekeraar te zijn.

b Bevalling in een kraaminrichting of zonder medische noodzaak in een ziekenhuis (poliklinisch)

Omschrijving:

- het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg);
- poliklinische bevalling;
- de bijkomende kosten.

Zorgverlening: specialist, huisarts of verloskundige.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: voor de kosten van voor eigen rekening voortgezet verblijf in het ziekenhuis en/of kosten thuis wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot maximaal € 1.089,- met ingang van de dag van bevalling, tenzij gebruik gemaakt wordt van Agis Kraamzorg.

c Bevalling thuis

Omschrijving: het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg).

Zorgverlening: huisarts of verloskundige.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: voor de kosten thuis wordt een tegemoetkoming verleend van € 136,- per dag tot een maximum van € 1.089,- met ingang van de dag van bevalling en een vol-

ledig kraampakket, tenzij gebruik gemaakt wordt van Agis Kraamzorg.

d Agis Kraamzorg in natura

- Omschrijving:
- Kraampakket;
 - kraamzorg door een door de verzekeraar gecontracteerde kraamcentrum gedurende minimaal drie uur per dag verspreid over maximaal veertien dagen tot een maximum van zestig uur (bij meerlingen 72 uur);
 - extra bevallingsassistentie bij een thuisbevalling;
 - oproepontvanger (buzzer) in bruikleen bij een vermoedelijke thuisbevalling.
- Zorgverlening: een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgster.

Vergoeding: kraamzorg in natura.

- Bijzonderheden:
- de verzekerde dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum contact op te nemen met het centrale meldpunt voor Agis Kraamzorg: Telefoonnummer: zie achterzijde polisvoorwaarden;
 - de verzekerde die gebruik maakt van Agis Kraamzorg ontvangt een kraampakket in de zesde of zevende maand van de zwangerschap;
 - een oproepontvanger is op verzoek in bruikleen verkrijgbaar vanaf zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum tot twee weken na de bevalling;
 - bij een combinatie van Agis Kraamzorg met de hulp genoemd onder a, b, of c vervalt de aldaar bij de bijzonderheden genoemde vergoeding van € 136,- per dag en/of wordt voor elke krachtens ziekenhuisverpleging in rekening gebrachte 6 uur kraamzorg in mindering gebracht.

TIP

**Bel voor Agis Kraamzorg uiterlijk vijf maanden vóór de bevalling.
Telefoonnummer: zie achterzijde polisvoorwaarden.**

9.6 Farmaceutische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten).

- Omschrijving:
- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische producten;
 - bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
 - polymere, oligomere, monomere, en modulaire dieetpreparaten;
 - verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Levering: apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: overeenkomstig de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld met in achtneming van het daarin opgenomen Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS). Een geneesmiddel dat een stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De Uniforme regeling Farmaceutische Hulp en de Uniforme regeling Dieetpreparaten maken deel uit van deze polis en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

Voorschrift: arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige.

Machtiging: uitsluitend voor dieetpreparaten VOORAF.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze; als ervoor is gekozen om deze dekking uit te sluiten dan geldt de navolgende bepaling:
 - medicijnkosten boven de € 1.134,- per verzekerde per jaar worden wel vergoed conform het in artikel 9.6 bepaalde.
 - op de vergoeding voor medicijnen is een eventueel eigen risico niet van toepassing;
 - het Geneesmiddelenvergoedingen Systeem (GVS) is door de Overheid vastgesteld en houdt in dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Uniforme regeling Farmaceutische Hulp of de verzekeraar anders bepaalt. Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - vijftien dagen: een voor de verzekerde nieuwe medicatie;
 - een half jaar: orale anticonceptiva;
 - drie maanden: geneesmiddelen voor chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van slaapmiddelen, angstremmende of eetlustremmende geneesmiddelen;
 - vijftien dagen: geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
 - een maand: overige gevallen.
 - dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, resorptiestoornis, voedselallergie of stofwisselingsstoornis;
 - de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:
 - middelen die vallen onder het Besluit Homeopatische Farmaceutische Producten;
 - bepaalde zelfzorggeneesmiddelen die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (tenzij in deze polisvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald);
 - ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte. Hiervoor is vooraf toestemming van de verzekeraar noodzakelijk en dient de Hoofdinspecteur toestemming voor invoer van dat farmaceutische product te hebben verleend voor het daarbij aangegeven doel.

9.7 Hulpmiddelen

a Hulpmiddelen

- Omschrijving:
- aanschaf dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, opgenomen in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland. De Uniforme regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar;
 - orthopedische steunzolen.

Zorgverlening: orthopedische steunzolen: via orthopedisch instrumentmaker die lid is van Orthobanda of via orthopedisch schoentechnicus die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechniek.

- Vergoeding:**
- hulpmiddelen: overeenkomstig de maximum bedragen in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland;
 - orthopedische steunzolen: volledig.
- Voorschrift:** behandelend arts en waar vereist behandelend specialist.
- Machtiging:** ja, uitsluitend voor aanschaf en bruikleen VOORAF. Aan de toestemming kunnen nadere voorwaarden gesteld.
- Bijzonderheden:**
- de te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar;
 - de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Uniforme regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
 - de in de Uniforme regeling Hulpmiddelen genoemde eigen bijdragen worden vergoed tot maximaal € 453,- per verzekerde per kalenderjaar via een aparte declaratie door de verzekerde.

b Brillenglazen of contactlenzen

- Omschrijving:** brillenglazen of contactlenzen met een sterkte van ten minste 4.25 dioptrieën.
- Vergoeding:** tot een maximum van € 136,- per verzekerde ten hoogste eenmaal per 3 kalenderjaren.
- Bijzonderheden:**
- voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt het aantal dioptrieën van een eventuele cilinder en het leesgedeelte niet meegeteld;
 - zonnebrillen en gekleurde contactlenzen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

c Diabetes hulpmiddelen

- Omschrijving:** kosten van diabetes hulpmiddelen voorzover men niet-insuline afhankelijk is.
- Vergoeding:** tot een maximum van € 45,- per verzekerde per kalenderjaar.

9.8 Revalidatie

- Omschrijving:** onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.
- Zorgverlening:** een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.
- Vergoeding:** volledig.
- Machtiging:** ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan, met daarin tenminste de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- Bijzonderheden:**
- de hulp dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
 - de verzekerde dient met die hulp in staat te zijn een mate van zelfstandigheid

te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;

- op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

9.9 Ziekenvervoer

- Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer per ambulance, helikopter, rolstoelbus, taxi of personenauto:
- in verband met een opname in of ontslag uit een ziekenhuis, sanatorium, kraaminrichting of andere medische instelling;
 - van en naar de plaats waar een behandelend arts, specialist, therapeut of behandelaar zijn praktijk uitoefent; verband houdend met een medische behandeling, waarvoor de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening komen van de verzekeraar;
 - na een ongeval zonder dat direct opname behoeft te volgen, mits het vervoer betreft naar een ziekenhuis, van dat ziekenhuis naar een ander ziekenhuis waar de verzekerde uiteindelijk wordt opgenomen of van dat ziekenhuis naar de woonplaats van de verzekerde;
- Vergoeding: • medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, helikopter, rolstoelbus of taxi: volledig.
• medisch noodzakelijk ziekenvervoer per eigen personenauto: € 0,20 per kilometer.
- Voorschrift: behandelend arts, specialist, therapeut.
- Bijzonderheden: bij de nota dient een verklaring van de behandeld arts, specialist of therapeut te worden overlegd, waaruit blijkt dat openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord werd geacht.

9.10 Tandheelkundige hulp

a Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

1 Normale tandheelkundige hulp

- Zorgverlening: tandarts of instelling voor jeugdtandverzorging.
- Vergoeding: 75 % tot een maximum van € 226,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Bijzonderheden: vergoeding is inclusief kronen en bruggen en inclusief techniekkosten.
- 2 Prothesen, kronen en bruggen bij ongeval (inclusief implantaten).
- Omschrijving: indien als gevolg van ongeval frontelementen zijn beschadigd wordt vergoeding verleend voor de noodzakelijke prothese, kronen en bruggen.
- Zorgverlening: tandarts, centrum voor tandheelkunde in bijzondere gevallen, kaakchirurg of instelling voor jeugdtandverzorging.
- Vergoeding: volledig (inclusief techniek- en materiaalkosten).
- Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

3 Orthodontie

Omschrijving: orthodontiebehandeling van verzekerden jonger dan 18 jaar.

Zorgverlening: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: volledig.

Bijzonderheden: als gedurende de actieve behandeling de 18-jarige leeftijd bereikt wordt en voortzetting noodzakelijk is, zal de voortgezette behandeling ook vergoed worden.

4 Bijzondere gevallen

Omschrijving: behandeling van kinderen, waarbij door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Zorgverlening: tandarts, centrum voor tandheelkunde in bijzondere gevallen of instelling voor jeugd tandverzorging.

Vergoeding: volledig.

b Tandheelkundige hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder

1 Volledige gebitsprothese

Vergoeding: een keer per 5 jaar: 75% tot een maximum van € 226,- per volledige onder- of bovenprothese.

Zorgverlening: tandarts of tandprotheticus.

2 Orthodontie in bijzondere gevallen

Omschrijving: behandeling van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- (cheilo-), kaak- (gnatho-) of verhemeltespleet (palatoschisis);
- een kaakorthopedische afwijking die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is.

Zorgverlening: orthodontist.

Vergoeding: volledig.

Machtiging: ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden: een aanvraagformulier wordt op verzoek door de verzekeraar verstrekt.

3 Verzekerden met lichamelijke of verstandelijke handicap

Omschrijving: behandeling van verzekerden waarbij door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is en die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Zorgverlening: tandarts of centrum voor tandheelkunde in bijzondere gevallen.

Vergoeding: volledig.

- Machtiging:** ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan en begroting.
- Bijzonderheden:** een aanvraagformulier wordt op verzoek door de verzekeraar verstrekt.
- 4 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**
- Omschrijving:** Behandeling van een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel die het gevolg is van een van de volgende lichamelijke aandoeningen of tandheelkundige afwijkingen:
- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen ten minste tien dient te zijn;
 - een kaakgewrichtafwijking (pijndysfunctiesyndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts (algemeen practicus) bijvoorbeld door inslijpen en opbeetplaten, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.
 - een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
 - een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo- gnato- of palatoschisis);
 - een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
 - functieverlies van de speekselklieren, zoals na bestralingen in het hoofd/halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren waarbij sprake is ernstige tandheelkundige consequenties;
 - ernstige glazuurafwijkingen.
- Zorgverlening:** centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen of een tandarts.
- Vergoeding:** volledig.
- Machtiging:** ja, VOORAF. De aanvraag voor toestemming dient te zijn voorzien van een behandelplan en begroting.
- Bijzonderheden:** het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- 5 Implantaten, mesostructuur en prothese op implantaten**
- Omschrijving:**
- implantaten, ingebracht in een ernstig geslonken kaak;
 - implantaten, dienende als steun voor een (overkappings-) prothese;
 - mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel);
 - volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel).
- Zorgverlening:** kaakchirurg of tandarts.
- Vergoeding:** 75% tot een maximum van € 1.361,-.
- Machtiging:** ja, VOORAF. Uitsluitend ingeval van implantologie in de bovenkaak. De aanvraag voor toestemming dient voorzien te zijn van een behandelplan en begroting.

9.11 Paramedische hulp (dekking naar keuze uit te sluiten)

a Fysiotherapie, manuele therapie

Zorgverlening: fysiotherapeut.

- Vergoeding:**
- 100% voor de eerste 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar inclusief eventuele behandelingen genoemd onder b en c;
 - 75% voor vervolghandelingen.

Verwijzing: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor de vervolgbehandelingen VOORAF.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
 - vervolgbehandelingen in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck zoals die door de Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, worden volledig vergoed;
 - onder fysiotherapie wordt onder meer **niet** verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwen gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck.

- Vergoeding:
- 100% voor de eerste 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar inclusief eventuele behandelingen genoemd onder a en c;
 - 75% voor vervolgbehandelingen.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor de vervolgbehandelingen VOORAF.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
 - vervolgbehandelingen in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck zoals die door de Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, worden volledig vergoed.

c Logopedie

Zorgverlening: logopedist.

- Vergoeding:
- 100% voor de eerste 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar inclusief eventuele behandelingen genoemd onder a en b;
 - 75% voor vervolgbehandelingen.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, uitsluitend voor vervolgbehandelingen VOORAF.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
 - onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan: behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

d Ergotherapie

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

Zorgverlening: ergotherapeut.

- Vergoeding:
- 100% voor ten hoogste 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of medisch-specialist.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: artikel 9.11 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld.

9.12 Alternatieve geneeswijzen (dekking naar keuze uit te sluiten)

a Alternatieve geneeswijzen

- Omschrijving:
- acupunctuur;
 - chiropractie;
 - enzymtherapie;
 - haptotherapie;
 - homeopathie;
 - manuele geneeskunde;
 - moermantherapie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - orthomanipulatie;
 - orthopedische geneeskunde;
 - osteopathie.

Zorgverlening: zorgverlener die is aangesloten bij een beroepsvereniging, genoemd in de lijst van namen en adressen die als bijlage achter in deze polisvoorwaarden is opgenomen.

b Antroposofische geneeswijze

- Omschrijving:
- consult en behandeling door antroposofisch arts;
 - dieettherapie;
 - spraaktherapie;
 - kunstzinnige therapie;
 - heileuritmie;
 - uitwendige therapieën;
 - antroposofische geneesmiddelen;
 - consultatiebureau antroposofische jeugdgezondheidszorg.

Zorgverlening: zorgverlener die behandelt volgens de antroposofische geneeswijze en die lid is van de betreffende antroposofische beroepsvereniging. (Zie lijst van namen en adressen als bijlage achterin deze polisvoorwaarden.)

Vergoeding: maximaal € 567,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten of de gecombineerde kosten van de onder a en b genoemde geneeswijzen. De vergoeding is inclusief de kosten van geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie en antroposofische geneesmiddelen behorend tot de categorie AFP-middelen en geproduceerd door een vergunninghoudend fabrikant, die zijn voorgeschreven door een bovengenoemde zorgverlener.

- Bijzonderheden:
- dekking naar keuze: artikel 9.12 is niet van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld;
 - kosten van alternatieve geneeswijzen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
 - de antroposofische therapieën en geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een antroposofisch werkende arts die lid is van de NVAA.

9.13 Psychische hulpverlening

Omschrijving: psychische hulpverlening.

Zorgverlening: eerstelijns psycholoog of psychosociale hulpverlener die is aangesloten bij de Landelijke Vereniging van Eerstlijnspsychologen (LVE).

Vergoeding: tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of behandelend specialist.

Machtiging: ja, VOORAF.

9.14 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 verband met sterk ontsierende littekens in het gelaat of hals inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
- elektrische epilatie: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat of hals;
- manuele lymfedrainage: behandeling van ernstig lymfoedeem;
- psoriasisbehandeling: behandeling in een van de door de verzekeraar erkende centra voor psoriasisbehandeling voor ernstige vormen van psoriasis waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken, of licht-behandeling thuis of op de werkplek.

Zorgverlening:

- zorgverlener die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of die gecontracteerd is door de verzekeraar of die voorkomt op een door de verzekeraar gehanteerde lijst;
- psoriasisbehandeling: centrum voor psoriasisbehandeling dat gecontracteerd is door de verzekeraar of dat voorkomt op een door de verzekeraar gehanteerde lijst.

b Overige therapieën

Omschrijving:

- groepstherapie voor reumapatiënten: zwemmen in extra verwarmd water;
- podotherapie;
- stottertherapie.

Zorgverlening:

- groepstherapie voor reumapatiënten: fysiotherapeut of oefentherapeut;
- podotherapie: podotherapeut, podokinesiooloog of podo-orthesioloog;
- stottertherapie: instituut dat gecontracteerd is door de verzekeraar of dat voorkomt op een door de verzekeraar gehanteerde lijst.

Vergoeding: tot een maximum van € 680,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke of gecombineerde kosten van de bij omschrijving onder a en b genoemde huidtherapie en overige therapieën.

Voorschrift: arts, fysiotherapeut, huidtherapeut.

Bijzonderheden:

- om in aanmerking te komen voor groepstherapie voor reumapatiënten dient betrokkene lid te zijn van een reumapatiëntenvereniging;
- bij podotherapie vervaardigde hulpmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking met inachtnaam van het onder "vergoeding" genoemde maximumbedrag.

9.15 Extra vergoedingen

a Kuren en therapeutische kampen

1 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 herstellingsoord aangesloten bij een van de Herstellingsoordorganisaties of een niet AWBZ-erkend herstellingsoord waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding: € 34,- per dag gedurende een periode van maximaal zes weken, ten hoogste eenmaal per drie kalenderjaren.

Voorschrift: behandelend arts.

2 Kuurbehandeling

Omschrijving: kuurbehandeling voor verzekerden die lijden aan de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis, die daardoor ernstige beperkingen ondervinden in hun bewegingsapparaat en ten aanzien van wie verwacht kan worden dat het ondergaan van een kuurbehandeling tot goede resultaten zal leiden.

Zorgverlening: een door de verzekeraar erkend kuurcentrum.

Vergoeding: 75% tot een maximum van € 907,- ten hoogste éénmaal per kalenderjaar.

Machtiging: ja, VOORAF.

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.

3 Therapeutisch kamp

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

Vergoeding: € 6,- per dag tot een maximum van 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde.

b Patiëntenvereniging

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

Vergoeding: € 22,- eenmalig per verzekerde gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van lidmaatschap en het betalingsbewijs.

c Blessureconsult

Omschrijving: blessureconsult of onderzoek.

Zorgverlening: Sport Medisch Adviescentrum.

Voorschrift: huisarts of fysiotherapeut.

Vergoeding: 100%, maximaal 2 consulten per verzekerde per kalenderjaar.

9.16 Buitenlanddekking

a Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelagen 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.

TIP

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

Vergoeding:

- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximum bedragen gelden ook in het buitenland;
- ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen het land van verblijf;
- 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 de 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 maximumbedragen 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)

Omschrijving: behandeling door een tandarts, paradontoloog, mondhygiënist(e) of tandprotheticus.

Zorgverlening: tandarts, paradontoloog, mondhygiënist(e) of tandprotheticus.

Vergoeding: 75% van het door een in Nederland gevestigde tandarts in rekening gebrachte honorarium inclusief techniekkosten tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- deze facultatieve dekking is mogelijk voor zowel kinderen als volwassenen;
- het maximum verzekerd bedrag geldt voor alle verzekerde personen op de polis;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent de verzekeraar genoemde vergoeding op basis van het door het CTG krachtens de WTG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT);
- vergoeding van de techniekkosten vindt plaats voor 75% op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG) of de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLAT) aan haar leden adviseert, met inachtneming van het maximumbedrag;
- een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico is niet van toepassing op deze facultatieve dekking.

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

Vergoed 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.

12 Bijlage

Alternatieve geneeswijzen

acupunctuur:

- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV),
Postbus 8547, 3503 RM Utrecht, tel. 030 247 46 30 (na 13.30 uur)
- Nederlandse Artsen Acupuncturisten Stichting (NAAS),
Postbus 177, 1200 AD Hilversum, tel. 035 683 44 56 (na 19.00 uur).
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA),
Postbus 2198, 3800 CD Amersfoort, tel. 033 463 04 34
- Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NVGA),
Postbus 1551, 1200 BN Hilversum, tel. 035 623 27 53
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG)(NVTCCG),
Bestevaer 24, 2405 GZ Alphen a/d Rijn, tel. 0172 49 55 01
fax 0172 49 85 03, www.zhong.nl, info@zhong.nl

antroposofie:

- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA),
Postbus 266, 3970 AG Driebergen, tel. 0343 53 35 38

chiropractie:

- Dutch Chiropractic Federation (DCF),
Schutegge 29, 3224 BP Hellevoetsluis, tel. 010 265 19 00
- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA),
D.E. Plein 1, 8501 AB Joure, tel. 0513 41 20 41

enzymtherapie:

- Toepassing van enzymtherapie volgens de uitgangspunten van het Biomedisch Centrum 'De Koningshof' en 'De Nieuwe Ham' te Haarzuilens, 'De Hooge Donken' te 's-Hertogenbosch en het Biomedisch Centrum te Heiloo en Den Helder.

haptonomie:

- Vereniging van Haptotherapeuten,
Slochterenlaan 6, 1405 AM Bussum, tel. 020 488 71 16

homeopathie:

- Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN),
Postbus 223, 6700 AE Wageningen, tel. 0317 42 69 08
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH),
Postbus 710, 2400 AS Alphen a/d Rijn, tel. 0172 49 95 95, nvkh@euronet.nl

manuele geneeskunde:

- (Federatie) Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG), Tweede Jan Steenstraat 60III, 1074 CP Amsterdam,
tel. 020 470 12 81

moerman therapie:

- Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding,
Postbus 14, 6674 ZG Herveld, tel. 0488 45 12 21

natuurgeneeswijze:

- Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG),
Postbus 75414, 1070 AK Amsterdam, tel. 020 642 88 58
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP),
Ruige Velddreef 133, 3831 PG Leusden, tel. 033 495 31 33
- Vereniging Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT),
Heiligenbergerweg 36, 3816 AK Amersfoort, tel. 033 472 60 03

orthomanipulatie:

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG),
Rooseveltlaan 78, 1078 NM Amsterdam, tel. 020 676 03 83

osteopathie / orthopedische geneeskunde:

- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO),
T. Smeedstraat 36, 6039 ES, Stramproy, tel. 0118 617 448
- Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO),
Tuindorpstraat 48, 7551 AV Hengelo, tel. 074 250 00 16
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG),
Heiligenbergerweg 130, 3816 AN Amersfoort, tel. 033 475 02 06