

DVZ Basispolissen Uitbouwpolissen

Voorwaarden en vergoedingen

Ingangsdatum 1 januari 2001



samen zorgen



dvz
zorgverzekeringen



Inhoud

Algemene voorwaarden	3
1 Begripsomschrijvingen	3
2 Aanmelding	7
3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering	8
4 Verplichtingen van de verzekerde	10
5 Vergoedingen	10
6 Uitsluitingen	12
7 Eigen risico	13
8 Premie	14
9 Zeevarenden	16
10 Vrije keuze van zorgverleners	16
11 Wijzigingen van premies en/of voorwaarden	17
12 Uitzondering collectieve ziektekostenovereenkomst	17
13 Geschillen	18

Vergoedingen

19

Om te beoordelen of u in aanmerking komt voor de genoemde vergoedingen verwijzen wij u naar het vergoedingenoverzicht achterin de voorwaarden. Het vergoedingenoverzicht maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden.

Algemene voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van enkele in de voorwaarden gebruikte begrippen.

1.1 Aanvullende (tandheeskundige) verzekering

De aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen op de basis ziektekostenverzekering.

1.2 Ambulance

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevals slachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.

1.3 Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, die wettelijk bevoegd is tot de uitoefening van de artsnijbereidkunst.

1.4 Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instantie in het kader van de wet BIG.

1.5 Audiologisch centrum

Een centrum dat audiologische hulp verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.

1.6 Bijkomende kosten

Medische kosten die rechtstreeks verband houden met een medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling en die zijn ontstaan tijdens zo'n behandeling in een ziekenhuis, zoals kosten van röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoriumkosten, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik van de operatiekamer. De bijkomende kosten moeten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

1.7 Dagverpleging

Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.

1.8 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd in het kader van de wet BIG.

1.9 Geneeskundig adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.



1.10 Gezin

Tot het gezin behoren ook (behalve man en/of vrouw) de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 27 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet op de studiefinanciering/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de belastingwetgeving.

1.11 Huisarts

Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.12 Hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

1.13 Kaakchirurg

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

1.14 Kalenderjaar

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

1.15 Klinisch genetisch centrum

Een instelling voor klinische genetica, die vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

1.16 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.

1.17 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.18 Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.19 Medisch specialist

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

1.20 Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.21 Orthodontist

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

1.22 Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.23 Premie

Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering bestaat uit:

Netto premie (ziektelkostenverzekering)

Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheilkundige) verzekeringen.

Wettelijke bijdragen

De krachtens de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (M.O.O.Z.) en de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (W.T.Z.) voor ieder van u wettelijk verschuldigde bijdragen, waarvan de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld door de overheid.

1.24 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 medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

1.25 Second Opion

Het oordeel over uw gezondheidstoestand door een andere specialist dan de behandelend specialist.

1.26 StandaardPakketPolis

De ziektekostenverzekering die wij op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen verplicht zijn aan te bieden.

1.27 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.



1.28 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, als bedoeld in het register van tandprotheticici, die staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie en met wie DVZ Zorgverzekeringen een overeenkomst heeft afgesloten.

1.29 U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering heeft afgesloten.

1.30 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.31 Wet BIG

De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

1.32 Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van DVZ Zorgverzekeringen.

1.33 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.

1.34 Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).

1.35 Ziekenhuisverpleging

Opneming 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 medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

1.36 Ziektekostenverzekering

De door u bij ons gesloten privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.

1.37 Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die u de medische zorg verleent die is beschreven in de begripsbepalingen. Onder zorgverlener verstaan wij ook een leverancier van hulpmiddelen en voedings- en verbandmiddelen.

1.38 ZN


Zorgverzekeraars Nederland is de brancheorganisatie van de bedrijven die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.

2 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.

2.1 Ziektekostenverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

- 2.1.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 2.1.2 Wanneer u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure zaken verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst beroepen.
- 2.1.3 Het aanvraagformulier en de tijdens een eventuele medische keuring verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 2.1.4 Uw persoonsgegevens worden opgenomen in de persoonsregistratie voor verzekerden. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing.
- 2.1.5 U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering worden geboren. Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee maanden na de datum van geboorte bij ons aanmeldt. De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van de geboorte.
- 2.1.6 Voor adoptiekinderen, waarbij het voornemen bestaat om blijvend in het gezin te worden opgenomen, dient vooraf een verklaring te worden overgelegd.
- 2.1.7 De verzekering van studerende kinderen, die volgens een wettelijke bepaling anders verzekerd zijn wordt per de 1e van de daarop volgende kalendermaand beëindigd. Na beëindiging van de andere verzekering kunnen zij weer meeverzekerd worden tegen de geldende voorwaarden.
- 2.1.8 U (verzekeringnemer) bent verplicht alle gezinsleden voor dezelfde verzekering(en) aan te melden. Na de totstandkoming moet(en) de verzekering(en) blijven gelden voor alle gezinsleden. Het voorgaande geldt niet voor gezinsleden die:
 - beroepsmilitair zijn;
 - verplicht bij een ziekenfonds verzekerd zijn;
 - bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - op een Standaard(Pakket)Polis verzekerd zijn.

- 
- 2.1.9 Het aangaan van een verzekering volgens één der polissen kan slechts plaatsvinden indien de leeftijdsgrens van 65 jaar nog niet is bereikt.
 - 2.1.10 Voor personen, die bij toetreding en/of wijziging van de polis de leeftijd van 45 jaar reeds hebben bereikt, geldt een premietoeslag.
Voor de Direct Effect-polis geldt de leeftijdstoeslag bij toetreding en/of wijziging van de polis vanaf 40 jaar.
 - 2.1.11 Voor alleenstaanden jonger dan 18 jaar wordt de premie van 18 t/m 24 jaar berekend.
 - 2.1.12 De aanvraag tot verzekering wordt niet geaccepteerd, indien deze wordt aangevraagd met het doel om voor langere tijd buiten Nederland te verblijven.

2.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

- 2.2.1 Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering toetsen wij automatisch uw AWBZ-gerechtigdheid. Als u niet voldoet aan de voorwaarden die in deze wet zijn gesteld, krijgt u van ons daarover schriftelijk bericht. Voor verstrekkingen vanuit de AWBZ kunt u zich wenden tot het Zorgkantoor bij u in de regio.
- 2.2.2 Als u voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld in de AWBZ, geldt uw polisblad tevens als bewijs van inschrijving voor de AWBZ.

3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

In dit artikel vindt u informatie over:

- de ingangsdatum en de duur van uw verzekering;
- het einde van uw verzekering.

3.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering

- 3.1.1 Uw verzekering gaat in op de datum, die op uw polisblad als ingangsdatum staat vermeld.
- 3.1.2 Uw verzekering is één kalenderjaar geldig.
Wanneer uw verzekering na 1 januari ingaat, geldt uw verzekering tot en met 31 december van het daarop volgend jaar.
- 3.1.3 Uw verzekering wordt automatisch telkens met één kalenderjaar verlengd.
- 3.1.4 U kunt een reeds bij ons lopende verzekering uitbreiden met aanvullende verzekeringen. Uitbreiding vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.
- 3.1.5 Een bij ons lopende ziektekostenverzekering kunt u, behoudens de bepalingen van artikel 3.1.2, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, en dan alleen na medische beoordeling en schriftelijke bevestiging van ons.
- 3.1.6 De verzekering van Beter Af Polis wordt aangegaan voor drie kalenderjaren (ongeacht eventuele premie-en/of pakketwijzigingen) en wordt daarna telkens stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd.

3.2 Einde van uw verzekering

- 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 december schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend.
 - door ons binnen 30 dagen nadat een wijziging door ons bekend is gemaakt schriftelijk mede te delen dat u weigert akkoord te gaan met een verhoging van de premie en/of een beperking van de voorwaarden op grond van artikel 11.
- 3.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door ons schriftelijk te berichten dat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd moet worden.
- U moet een kopie van het inschrijvingsbewijs van uw nieuwe verzekering meesturen.
 - Wij beëindigen uw verzekering per de afgiftedatum van het bewijs van inschrijving van het ziekenfonds, maar nooit eerder dan de ingangsdatum van de verplichte verzekering. Bij inschrijving in een publiekrechtelijke verzekering beëindigen wij uw verzekering per ingangsdatum van die verzekering.
 - Wanneer u uw verzekering beëindigt, bevestigen wij dit schriftelijk.
 - Wanneer wij het bewijs van inschrijving later ontvangen dan 60 dagen nadat het door het ziekenfonds of de publiekrechtelijke verzekering is afgegeven, beëindigen wij uw verzekering per de datum dat wij het bewijs van inschrijving hebben ontvangen.
- 3.2.3 Wij mogen uw verzekering beëindigen:
- wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de premie binnen twee maanden na de vervaldag nog niet is betaald;
 - wanneer u zich permanent in het buitenland vestigt;
 - bij aangetoonde fraude;
 - bij overlijden.
- Indien de verzekeringsnemer bij zijn overlijden gezinshoofd is, kunnen zijn achterblijvende gezinsleden de verzekering bij ons voortzetten tegen de dan geldende voorwaarden voor die verzekering. In dat geval zijn de bepalingen betreffende het onderzoek naar de gezondheidstoestand niet van toepassing. Wanneer wij uw verzekering beëindigen, delen wij u dit schriftelijk mee.
- 3.2.4 Uw verzekering eindigt met ingang van de eerste van de maand waarin u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij verzekeren u aansluitend op de StandaardPakketPolis.

4 Verplichtingen van de verzekerde

In dit artikel vindt u informatie over de verplichtingen die u heeft wanneer u bij ons een verzekering heeft afgesloten.

- 4.1** U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze geneeskundig adviseur de gewenste inlichtingen te verschaffen.
- 4.2** Wanneer sprake is van gemaakte kosten door toedoen van een aansprakelijke derde, bent u verplicht ons zo goed mogelijk te helpen bij het krijgen van een schadevergoeding van deze aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- 4.3** Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, verliest u uw recht op vergoeding van kosten.
- 4.4** U bent verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit de verzekering binnen twee maanden schriftelijk aan ons te melden. Zulke wijzigingen zijn onder andere:
- verhuizing;
 - vestiging in het buitenland;
 - geboorte;
 - komst van een stief-, pleeg of adoptiekind in uw gezin
 - overlijden;
 - huwelijk, of beëindiging daarvan;
- Bijschrijving van echtgeno(o)t(e) vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.
- wijziging van (post)banknummer;
 - toetreding tot een verplichte verzekering.

Het nalaten van het onder art.4.4 bepaalde, doet het recht op terugvordering van teveel betaalde premie vervallen, terwijl onze vorderingen onverkort blijven gehandhaafd. Wanneer u deze wijzigingen niet binnen twee maanden aan ons meldt, gaan de wijzigingen pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze naar uw laatst bekende adres zijn verzonden.

5 Vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de uitbetaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten.

5.1 Uitbetaling van de vergoedingen

- 5.1.1 Wij vergoeden de kosten aan u, tenzij wij met de zorgverlener hebben afgesproken dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. U kunt ook via het declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener kunnen vergoeden.
- 5.1.2 Wij betalen ingediende nota's zo spoedig mogelijk nadat we alle relevante originele nota's hebben ontvangen.
- 5.1.3 Wanneer wij door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij aan sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie inclusief het openstaande eigen risico en de eigen bijdragen. In dat geval bent u (verzekeringnemer) verplicht het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen aan ons terug te betalen. Indien mogelijk verrekenen wij het bedrag dat u aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.
- 5.1.4 Wanneer u dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, vergoeden wij uw medische kosten pas weer op het moment dat het volledige bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van het volledige verschuldigde bedrag zijn gemaakt.

Wanneer u (verzekeringnemer) dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente. Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw (verzekeringnemer) rekening. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen.

5.2 Voorwaarden voor vergoeding

- 5.2.1 Wij vergoeden uitsluitend kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.
- 5.2.2 De datum waarop de zorg is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 5.2.3 U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 5.2.4 Nota's die wij (gedeeltelijk) vergoeden of verrekenen met het eigen risico blijven in ons bezit.
- 5.2.5 U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.



- 5.2.6 Wij vergoeden de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Wanneer er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 5.2.7 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.

5.3 Welke verzekering vergoedt

- 5.3.1 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
 - de ziektekostenverzekering
 - de aanvullende tandheelkundige verzekering
 - de aanvullende verzekering.

5.4 Vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten

- 5.4.1 Wanneer u ziektekosten maakt in het buitenland, vergoeden wij deze alleen als het gaat om medisch noodzakelijke zorg die:
 - bij uw vertrek naar het buitenland niet te voorzien was én;
 - niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- 5.4.2 Wanneer uw tijdelijke verblijf in het buitenland mede bedoeld is om daar medisch behandeld te worden, vergoeden wij deze behandeling alleen wanneer wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 5.4.3 Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan u in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

5.5 Samenloop

Indien u - als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken.

6 Uitsluitingen

In dit artikel vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden.

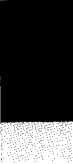
- 6.1** Kosten van behandelingen die leiden tot het afbreken van de zwangerschap.
- 6.2** Kosten van hulp bij vrijwillige euthanasie.
- 6.3** Kosten van vrijwillige sterilisatie en het ongedaan maken hiervan.
- 6.4** Kosten van cosmetische, plastische chirurgie.
- 6.5** Kosten die verband houden met kunstmatige bevruchting (in vitro fertilisatie of ander soortige technieken).

- 6.6** Kosten die verband houden met een ziekte of afwijking die u al had, en waarmee u al bekend was of waarvan u al klachten ondervond voordat u bij ons een verzekering afsloot, terwijl u die niet op het aanvraagformulier heeft vermeld. Dit geldt ook bij uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse.
- 6.7** Kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij.
- 6.8** De kosten van eigen bijdragen krachtens de AWBZ, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 6.9** Kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen, zwangerschapstesten, vaccinaties en het afgeven van doktersverklaringen.
- 6.10** Kosten die verband houden met verpleging, onderzoek of behandeling die medisch niet noodzakelijk is.
- 6.11** De kosten van psychiatrische zorg.
- 6.12** Kosten van hulp door een specialist, verleend op een gebied dat niet tot zijn specialisme behoort.
- 6.13** Kosten die betrekking hebben op de kosten voor onderzoek en/of behandeling door een hoogleraar-specialist, tenzij en voorzover wij op een daartoe strekkend verzoek hiervoor vooraf hiervoor toestemming hebben gegeven. Indien wij geen toestemming hebben gegeven tot onderzoek en/of behandeling door de hoogleraar-specialist, bestaat er slechts aanspraak op een vergoeding tot maximaal de kosten van een specialist/niet-hoogleraar.

7 Eigen risico

In dit artikel vindt u informatie over de regels met betrekking tot het eigen risico.

- 7.1** Het eigen risico is alleen van toepassing op de basis ziektekostenverzekering en niet op de aanvullende (tandheilkundige) verzekering.
- 7.2** Het eigen risico geldt voor één kalenderjaar.
- 7.3** Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.4** Beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar heeft geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar tenzij uw verzekering in de loop van het kalenderjaar eindigt en wij u aansluitend op de StandaardPakketPolis verzekeren.

- 
- 7.5 Wanneer de samenstelling van uw gezin in de loop van het kalenderjaar wijzigt, heeft dit geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar.
- 7.6 Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uit komen. Het eigen risico is ook van toepassing op gemaximeerde vergoedingen zoals bijvoorbeeld tandartskosten en orthodontie.
- 7.6.1 U kunt uw eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen.
- 7.6.2 Een verlaging van het eigen risico is pas mogelijk wanneer wij er, na een medische beoordeling, mee akkoord gaan.

8 Premie

In dit artikel vindt u informatie over:

- de hoogte van de premie en de wettelijke bijdragen voor de ziektekostenverzekering;
- het betalen van de premie;
- de gevolgen van niet-tijdige betaling/betalingsachterstand;
- wat er met de premie gebeurt wanneer uw verzekering eindigt of wijzigt.

8.1 Hoogte van de premie

- 8.1.1 Op uw polisblad vindt u de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering, de aanvullende (tandheelkundige) verzekering en de wettelijke bijdragen.
- 8.1.2 Wij stellen de hoogte van de premie voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen vast. Deze is afhankelijk van de gezinssamenstelling, de hoogte van het eigen risico, de regio waarin u woont en uw leeftijd. Indien de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Bij het bereiken van de 20- en 65- jarige leeftijd wijzigen de wettelijke bijdragen per de eerste van de maand waarin u deze leeftijdsgrens overschrijdt.

8.2 Het betalen van de premie

- 8.2.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie te betalen. 'U' moet in verband met premiebetaling dan ook worden gelezen als 'u (verzekeringnemer)'.
- 8.2.2 U bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 8.2.3 Maandbetalingen kunnen uitsluitend per automatische incasso-opdracht worden voldaan.
- 8.2.4 Als u de premie per half jaar of per jaar vooruit betaalt, verlenen wij korting.
- 8.2.5 Wij brengen de ontvangen premie altijd eerst in mindering op de langst openstaande premievordering.
- 8.2.6 U mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.

8.3 Niet-tijdige betaling

- 8.3.1 Wanneer u de premie niet tijdig betaalt, vervalt uw aanspraak op vergoedingen uit de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vanaf de premievervaldag. U heeft pas weer recht op vergoeding van medische kosten op het moment dat de volledige achterstallige premie is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van de volledige achterstallige premie zijn gemaakt en die niet te verwachten waren.
- 8.3.2 U blijft verplicht achterstallige premie te betalen.
- 8.3.3 Wanneer u uw premie niet tijdig betaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente.
- 8.3.4 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, voor uw rekening.

8.4 Premiebetaling bij begin, wijziging of einde van de verzekering.

- 8.4.1 Wanneer u de premie vooruit heeft betaald en de verzekering eindigt omdat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd wordt, betalen wij het te veel betaalde bedrag terug tot de dag dat u wordt uitgeschreven. Indien u recht heeft op teruggave van dubbel betaalde premie (particulier én ziekenfonds), betaalt het ziekenfonds de particuliere premie aan u terug.
- 8.4.2 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand eindigt of wijzigt, heeft dit pas gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per eerste van de volgende maand.
- 8.4.3 U bent ons altijd minimaal een maandpremie verschuldigd.

8.5 Premiereductie en -vrijstelling

- 8.5.1 Voor kinderen, meeverzekerd in gezinsverband, alsmede voor volwassenen geldt een premiereductie zoals dit in de onderscheiden premietabellen is aangegeven.
- 8.5.2 Met het overschrijden van een bepaalde leeftijdscategorie zal de premie opnieuw worden vastgesteld. De gewijzigde premie gaat in per de 1e van de volgende maand waarin de verzekerde is verjaard. De gewijzigde premie wordt vastgesteld aan de hand van de in dat jaar geldende premietabellen, zoals die door ons voor het desbetreffende jaar zijn vastgesteld.
- 8.5.3 Voor studerende(n), dagonderwijs volgend, in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar is in de polissen A,B,C,D,F, Beter Af Polis en Direct Effectpolis een reductieregeling van toepassing.

8.6 Premiebetalende kinderen

- 8.6.1 In de C- en D-polis bent u voor maximaal 3 kinderen tot en met 17 jaar (indien studerend tot 24 jaar) premie verschuldigd.
In de A-,B-, Beter Af polis en Direct Effect polis bent u voor maximaal 2 kinderen tot en met 17 jaar (indien studerend tot 24 jaar)premie verschuldigd.

8.7 No claim-korting Beter Af-polis

- 8.7.1 Op de premies voor kinderen is de no claim-korting niet van toepassing.
- 8.7.2 Bij aanvang van de verzekering geldt direct een korting van 30%.
- 8.7.3 Indien in enig jaar een schadeclaim is ingediend en tot uitkering is overgegaan vervalt het recht op de no- claimkorting.

De no claim-korting wordt als volgt weer opgebouwd:

1e jaar (na indiening claims)	0%
2e jaar (schadevrij)	15%
3e jaar (schadevrij)	30%

- 8.7.4 Voor de Beter Af-polis dienen de nota's vóór 1 mei na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons te zijn ingediend. Indien nota's zijn ingediend en de schadeclaims zijn toegewezen, zal in het lopende jaar een gecorrigeerde premienota met terugwerkende kracht vanaf 1 januari aan de verzekerde worden aangeboden.

9 Zeevarenden

- 9.1 Voor zeevarenden houden wij de verzekerde risico's alleen gedekt gedurende de perioden van hun verblijf in Nederland.
- 9.2 Zij kunnen aan het einde van het kalenderjaar voor de overige perioden aanspraak maken op restitutie van de premie van de basispolissen. Aan de hand van een bewijsstuk, waaruit blijkt dat zij buitengaats zijn, wordt over deze dagen 80% van de betaalde premie gerestitueerd.
'Restitutie kan alleen plaatsvinden indien tijdens het verblijf buiten Nederland het risico in die periode niet ten laste komt van verzekeraar'.

10 Vrije keuze van zorgverleners

Alhoewel u in beginsel vrij bent in de keuze van zorgverlener, hebben wij voor bepaalde medische zorg met zorgverleners afgesproken dat alleen zij u mogen behandelen. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van onze zorgverleners. Desgevraagd informeren wij u over de namen en adressen van deze personen en instanties.

11 Wijziging van premies en/of voorwaarden

In dit deel vindt u informatie over:

- op wie een wijziging van de premie en/of voorwaarden van toepassing is;
- wat u kunt doen wanneer u niet akkoord gaat met een wijziging;
- wanneer u een wijziging niet mag weigeren.

11.1 Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

11.2 Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.

11.3 Wanneer u (verzekeringnemer) niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.

11.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer:

- u nog geen kalenderjaar bij ons ingeschreven bent;
- de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens of doordat u verhuist naar een andere regio.

12 Uitzondering collectieve ziektekostenovereenkomst

Dit artikel is alleen van toepassing als uw verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve ziektekostenovereenkomst die uw werkgever met ons is overeengekomen.

De inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst maakt deel uit van de verzekering. Bij strijdigheid tussen de inhoud van deze algemene voorwaarden en de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst zal de inhoud van de collectieve overeenkomst prevaleren.

13 Geschillen

In dit deel vindt u informatie over de procedure die u verplicht bent te volgen bij geschillen die voortvloeien uit:

- de ziektekostenverzekering;
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- het vaststellen van de AWBZ-gerechtigdheid.

13.1 Geschillenregeling voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering

Directiebeslissing

Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van de verzekering, kunt u de kwestie schriftelijk voorleggen aan de directie.

U moet dit doen binnen één maand nadat de beslissing aan u is medegedeeld.

De directie zal dan binnen één maand over de kwestie beslissen. De beslissing zal schriftelijk aan u worden medegedeeld.

Beroepscommissie

Wanneer u het niet eens bent met de beslissing van de directie, kunt u de kwestie schriftelijk voorleggen aan de beroepscommissie. U moet dit doen binnen één maand nadat de beslissing aan u is medegedeeld.

De beroepscommissie bestaat uit externe deskundigen.

De beroepscommissie zal binnen drie maanden na ontvangst van uw verzoek een beslissing nemen. Van deze beslissing stelt zij u schriftelijk op de hoogte.

De beslistermijn kan één keer met drie maanden verlengd worden. Dit zal dan schriftelijk aan u worden medegedeeld.

13.2 AWBZ-gerechtigdheid

Bij een geschil over uw inschrijving als AWBZ-verzekerde kunt u binnen zes weken nadat het geschil is ontstaan een bezwaarschrift indienen bij onze directie. De directie zal binnen één maand over de kwestie beslissen.

Van de beslissing wordt u schriftelijk op de hoogte gesteld.

Wanneer u het niet eens bent met de beslissing van de directie, kunt u in beroep gaan bij de rechtbank. De directiebeslissing vermeldt de naam en het adres van de rechtbank en de termijn waarbinnen u in beroep moet gaan.

Vergoedingen

1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een ziekenhuisopname vooraf, of uiterlijk binnen 48 uur na opname, bij ons melden. Wanneer het gaat om plastische chirurgie moet u tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

DVZ Klassen Pluspolis

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname op basis van de derde klasse.

Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert. U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering (2B). Bent u klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse.

Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder f 75,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot een maximum van f 1.050,- per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

2 Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname

Ziektekostenverzekering

Wanneer u langer dan 14 dagen aaneengesloten wordt opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan 30 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij vanaf de vijftiende opnamedag:

- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Wij vergoeden maximaal f 75,- per dag;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per openbaar vervoer of per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij f 0,40 per kilometer

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

Wij vergoeden aan overnachtings- en vervoerskosten tezamen maximaal f 750,- per polis per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

3 Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland)

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos, wanneer behandeling in een astmacentrum in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad, de verwijzing in overleg met zo'n centrum tot stand is gekomen en wij de behandeling in Davos doelmatig achten.

4 Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden:

- de honorariumkosten;
- de bijkomende kosten.

U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

5 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden:

- de honorariumkosten van een medisch specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.
- Ingeval van plastische chirurgie dient de behandeling te worden aangevraagd.

6 Zelfstandig behandelcentrum

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden na voorafgaande toestemming de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

7 Hart- en longrevalidatie

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de honorariumkosten en bijkomende kosten bij hart- en longrevalidatie in een daarvoor erkende inrichting.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandelend medisch specialist moet vooraf bij ons toestemming vragen voor deze revalidatie.

8 Orgaantransplantaties

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels.
- de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting;
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;
- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

9 Nierdialyse

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis.

10 Leukemie bij kinderen

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

11 Overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van een overnachting in het gasthuis:

- bij de Dr. Daniël den Hoed Kliniek of bij het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat in één van deze ziekenhuizen;
- bij het Academisch Ziekenhuis Groningen, nadat u een levertransplantatie hebt ondergaan.

Wij vergoeden maximaal f 75,- per nacht.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

12 Audiologisch centrum

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

13 Erfelijkheidsonderzoek

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

14 Behandeling van psoriasis

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis

- in psoriasisdagbehandelingscentra. Wij vergoeden ten hoogste f 60,- per behandeling tot een maximum van 30 behandelingen per persoon per kalenderjaar, of
- door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis. Wij vergoeden de kosten van huur van de benodigde apparatuur tot een maximum van f 1.800,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

15 Huisarts (indien meeverzekerd)

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

16 Farmaceutische zorg

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen moeten wij u goedkeuring geven;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie;
- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is; overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij tot de vergoedingslimiet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelentherapie.
- De kosten van dieetpreparaten en verbandmiddelen vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de ziektekostenverzekering. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van f 500,- per polis per kalenderjaar.

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

17 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.
- Na 24 zittingen fysiotherapie of oefentherapie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijk toestemming van ons hebben gekregen.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt, zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, ergotherapie, kunstzinnige therapie, zwemtherapie en acupunctuur.
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

18 Logopedie

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.
- Na 12 zittingen logopedie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijke toestemming van ons hebben gekregen.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard), en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.

19 Stottertherapie

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdorfermethode te Deurningen, of
- in het instituut 'De Pauw' te Lisse.

Wij vergoeden per persoon maximaal f 1.000,- voor de gehele duur van de verzekering.

20 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen (indien meeverzekerd)

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van zorg door een arts voor:

- homeopathie (tevens een klassiek homeopaat);
- flebologie;
- natuurgeneeswijzen;
- moermantherapie;
- manuele therapie;
- acupunctuur (tevens een tandarts-acupuncturist);
- enzymtherapie.

Tevens vergoeden wij een:

- chiropractor;
- osteopaat.

Wij vergoeden per consult maximaal f 60,- van de kosten tot een maximum van 24 behandelingen per persoon per kalenderjaar voor alle geneeswijzen tezamen, voor zover de behandeling in Nederland heeft plaatsgevonden.

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de kosten van homeopathische geneesmiddelen. Wij vergoeden maximaal f 500,- per polis per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis-)arts.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

21 Hulpmiddelen

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
 - hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
 - het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
 - reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven, waarbij we beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Wij vergoeden maximaal f 250,- per gezin per kalenderjaar.

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (besparingsbijdrage) die u verschuldigd bent bij de aanschaf van semi-orthopedisch schoeisel, orthopedisch maatschoeisel en allergeenvrije schoenen.

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de abonnementskosten in verband met het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarde voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van installatie- en huurkosten vanuit de regeling Hulpmiddelen.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

22 Plaswekker

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de huurkosten van een plaswekker. Wij vergoeden deze kosten volledig voor een periode van 60 dagen per persoon, voor de gehele duur van de verzekering.

23 Verloskundige zorg en bevalling

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting.

24 Kraamzorg

Ziektekostenverzekering

- 24.1** Na bevalling heeft u recht op een geboorteutkering. Voor de Direct Effectpolis geldt een geboorte-uitkering van f 2.000,-, voor de overige polissen (A-, B-, C-, D-, DA-, E-polis en Beter Af polis) geldt een geboorte-uitkering van f 3.000,-
- 24.2** Als u in een ziekenhuis of kraaminrichting wordt opgenomen, vergoeden wij de verpleeg- en bijkomende kosten voor moeder en kind, mits voor de opname een medische indicatie aanwezig is. Brengt het ziekenhuis minder dan 8 opnamedagen in rekening, gerekend vanaf de dag van de bevalling, dan ontvangt u van ons voor elke minder in rekening gebrachte dag 1/8 deel van de geboorte-uitkering.
- 24.3** Wanneer een meeverzekerd kind in verband met borstvoeding bij de moeder in het ziekenhuis verblijft, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt, indien en zolang wij voor de moeder vergoeding van verpleegkosten zijn verschuldigd.

25 Ziekenvervoer

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi, eigen auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;

De kosten van vervoer per ambulance en taxi vergoeden wij volledig.

De vergoeding voor het vervoer per eigen auto bedraagt f 0,40 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer in Nederland indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is.

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen op de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De declaratie van vervoer per taxi of eigen vervoer dient altijd vergezeld te gaan van de medische indicatie van de behandeld arts.
- Voor de Direct Effectpolis geldt een eigen bijdrage op ziekenvervoer van f 100,- per polis per kalenderjaar.

26 Buitenland

Ziektekostenverzekering

26.1 Spoedeisende hulp

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland. Medische kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.

26.2 Dekking binnen Europa

Wij vergoeden de kosten van lid 1 van dit artikel gemaakt voor een tijdelijk verblijf van ten hoogste 12 maanden in landen binnen Europa, op Madeira, de Canarische eilanden, de Azoren en in de niet-Europese landen of niet-Europese delen van landen aan de Middellandse Zee, dan vindt vergoeding plaats tot maximaal de tarieven die volgens ter plaatse geldende normen algemeen in rekening plagen te worden gebracht. Er zal nooit meer worden vergoed dan de werkelijk gemaakte kosten.

26.3 Dekking buiten Europa

De kosten, zoals genoemd in lid 1 van dit artikel, gemaakt in landen die niet voorkomen op de in 26.2 genoemde opsomming, komen voor vergoeding in aanmerking voor een tijdelijk verblijf van ten hoogste 6 maanden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Ingeval van een ziekenhuisopname worden de kosten vergoed tot maximaal 365 dagen per ziektegeval.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Alarmcentrale EuroCross.
- Kosten waaraan geen opname verbonden is, worden in beginsel rechtstreeks aan de verzekerde uitgekeerd.

27 Repatriëring/vervoer stoffelijk overschot

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden :

- de kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf via Alarmcentrale EuroCross verleende goedkeuring.
- Het gebruik van vervoer per vliegtuig moet het redden van een leven en/of het verminderen van (te verwachten) invaliditeit beogen.

28 Stichting Interkuur

Ziektekostenverzekering

Wij verlenen maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van door de Stichting Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van de Stichting Interkuur.

29 Herstelingsoorden

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden maximaal f 100,- per dag van opneming in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg. De vergoeding wordt uitgekeerd gedurende een periode van ten hoogste 21 dagen per 3 kalenderjaren.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij beoordelen of het verblijf in een herstellingsoord medisch noodzakelijk is.

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

30 Podotherapie

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden 80% van de kosten tot maximaal f 250,- per persoon per kalenderjaar.

31 Elastische kousen/ steunzolen/ pushbrace

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden 80 % van de kosten van:

- elastische kousen, eenmaal per kalenderjaar (indien klasse 1);
- steunzolen, naar gipsmodel of blauwdruk, eenmaal per 2 kalenderjaren. De steunzolen moeten worden geleverd door een orthopedisch schoentechnicus in opdracht van de behandelend arts;
- pushbrace ten behoeve van de knie of enkel, eenmaal per 3 kalenderjaren.

32 Elektrische epilatie

DVZ Extrapolis

De kosten van elektrische epilatie in het gelaat bij vrouwen. U heeft recht op een vergoeding van 80% tot maximaal f 1.500,- per persoon voor de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming geven.

33 Manuele Lymfedrainage

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfedrainage door een huidtherapeut tot maximaal f 1.000,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming geven.

34 Cosmetische chirurgie

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien er sprake is van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van cosmetische vorm- of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

35 Gezins hulp

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden maximaal f 5,- per uur voor ten hoogste 336 uren per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Hulp dient geleverd te worden door een erkende instelling

36 Orthodontie

36.1 Basispolis (behoudens Direct Effectpolis zie 36.2):

Wij vergoeden:

- Aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van gebitsregulatie door een orthodontist of een tandarts, waarbij de eerste f 100,- per kalenderjaar voor eigen rekening komen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij dienen na voorafgaande schriftelijke aanvraag, inclusief een begroting van de te verwachten kosten, onze schriftelijke goedkeuring te hebben gegeven.

36.2 Direct Effectpolis:

Wij vergoeden:

- Aan verzekerden tot 18 jaar de kosten gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist.
Wij vergoeden maximaal f 2.500,- per persoon gedurende de gehele verzekeringsduur.

36.3 Bij wijziging van een Direct Effect Polis naar een andere basispolis en omgekeerd blijft, indien de orthodontische behandeling reeds is aangevangen, de maximale vergoeding van f 2.500,- (art. 36.2) van kracht.

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

37 Tandheelkundige implantaten

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de honorariumkosten van de kaakchirurg voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak. De kosten van de implantaten en de daarbij komende techniekkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg.
- De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

38 Tandheelkundige zorg

Ziektekostenverzekering (behoudens Direct Effectpolis)

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de hierondergenoemde kosten van tandheelkundige hulp.

- | | |
|--|-------------------------|
| - periodieke controle (max. 2 keer per jaar) | C10/C20/C30 |
| - fluoride applicatie | M10/M20 |
| - instructie mondhygiëne en/of voorlichting | |
| - voeding zonder kleurttest (max. 2 keer per jaar) | M30 |
| - tandsteenverwijderen | M50/M55/M59 |
| - intra-orale röntgenfoto (max. 2 keer per jaar) | X10 |
| - pitvulling | V10 |
| - eenvlaksvulling (-restauratie) | V11 |
| - tweevlaksvulling (-restauratie) | V12 |
| - drievlaksvulling (-restauratie) | V13/V14 |
| - etsen | V20/V21 |
| - extractie | H10/H15/H30/H35 |
| - sealing | V30/V35 |
| - wortelkanaalbehandeling | E10/E20/E30/E60/E80 |
| (per complete behandeling max. f 118,40) | |
| - 3- of meervlaks gegoten restauratie (inlay) | R13 |
| (tot een maximum van f 340,10 per vulling*) | |
| - kroon | R20/R25/R26/R27/R28/R29 |
| (tot een maximum van f 400,- per element*) | |

- * Deze kosten worden vergoed als de verrichting plaatsvindt in het blijvend gebit. Per kalenderjaar komt maximaal één 3- of meervlaks gegoten vulling (inlay) of één kroon voor vergoeding in aanmerking.

Ziektekostenverzekering (Direct Effectpolis)

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een tandarts. Wij vergoeden de kosten tot een maximum van f 350,- per persoon per kalenderjaar.

Uitsluiting

De kosten die verband houden met een orthodontische behandeling, door een tandarts of een orthodontist verricht. Voor vergoeding inzake de orthodontist verwijzen wij u naar artikel 36 van de verzekeringsvoorwaarden.

Tandartspolissen

Wij vergoeden de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

a	Consulten, maximaal 2 per kalenderjaar	C10, C20, C30
b	Tandsteenverwijderen, maximaal 2 x per kalenderjaar	M50, M55, M59
c	Instructie mondhygiëne, maximaal 2 x per kalenderjaar	M30
d	Bite-wing-foto's, maximaal; 2 foto's per kalenderjaar	X10
e	Eenvlaksvulling (-restauratie)	V10/V11
f	Tweevlaksvulling (-restauratie)	V12
g	Drievlaksvulling (-restauratie) Etsen	V13/V14 V20/V21
h	Wortelkanaalbehandeling (exclusief de definitieve restauratie), tot een maximum van f 118,40 per complete behandeling.	E10/E20/E30/E60/E80
i	Drie- of meervlaks gegoten restauratie (inlay), tot een maximum van f 400,- per vulling en ten hoogste 1 x per kalenderjaar	R13
j	Kroon, tot een maximum van f 400,- per element, maximaal 1 x per kalenderjaar	R20/R25/R26 R27/R28/R29
k	Extractie	H10/H15/H30/H35
l	Fluoride applicatie, maximaal 2 x per kalenderjaar	M10/M20
m	Sealing	V30/V35
n	Kronen (2e en volgende) tot een maximum van f 400,- per element	R20/R25/R26 R27/R28/R29
o	Brugwerk/etswerk tot een maximum van f 400,-per element	R40/R45/R60/R65/R66

Alle bedragen zijn vermeld in guldens; de koers van een euro is NLG 2,20371.

Voor vergoedingen -n- en -o- tezamen worden maximaal 4 elementen per kalenderjaar vergoed

- p Parodontologie:
- diagnostiek, 1 x per jaar tot een maximum van f 80,80 T11/T12/T93/M31/M32
 - niet chirurgische behandelingen tot maximaal 2 elementen per kalenderjaar T21/T22
 - chirurgische behandeling tot maximaal f 135,20 per kalenderjaar T70/T71/T72 T80/T81/T82/T83
- q Prothetische voorzieningen
- plaatsing volledige prothese per boven- of onderprothese tot een maximum van f 402,- per prothese (maximaal 1 x per 5 jaar);
 - plaatsing gedeeltelijke plaatprothese (frame), boven of onder, bestaande uit maximaal 10 elementen.
Basisbedrag met 1 element tot een maximum van f 160,80 elk volgend element tot een maximum van f 26,80 (ten hoogste 1 x per 5 jaar);
 - rebasen boven- of onderprothese tot maximaal f 80,40.

DVZ TandartsPolis

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandelingen genoemd onder de rubrieken **a t/m k**.

- De verzekering voor de DVZ TandartsPolis wordt aangegaan voor de duur van het lopende jaar en het daarop volgend kalenderjaar, daarna stilzwijgend per kalenderjaar verlengd.
- Deze tandartsverzekering geldt alleen voor personen vanaf 18 jaar en ouder.

DVZ UitgebreideTandartsPolis

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandelingen genoemd onder de rubrieken **a t/m q**.

- De verzekering voor de DVZ Uitgebreide TandartsPolis wordt aangegaan voor de duur van het lopende jaar en de daarop 3 volgende kalenderjaren, daarna stilzwijgend per kalenderjaar verlengd.
- Deze tandartsverzekering geldt alleen voor personen vanaf 18 jaar en ouder.

39 Tandheelkundige zorg - Kronen

DVZ Extrapolis

U heeft recht op vergoeding van 80% tot maximaal f 150,- van de kosten van maximaal twee elementen per kalenderjaar. Wij vergoeden slechts elementen die vallen onder code R20, R25, R26 of R27.

40 Tandheelkundige zorg – Gebitsprothese

DVZ Extrapolis

U heeft eenmaal per 5 kalenderjaren recht op vergoeding van:

- 80% van de kosten tot een maximum van f 250,- voor een volledige of partiële boven- of onderprothese;
- 80% van de kosten tot een maximum van f 500,- voor een volledige of partiële boven- en onderprothese.

41 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Ziektekostenverzekering

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van behandeling door een tandarts volledig.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

42 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van meerdere gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts/algemeen practicus, bijvoorbeeld 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;
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet;
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- totale amelogenese imperfecta.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereisen.
- U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

43 Orthodontie in bijzondere gevallen

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de volledige kosten van een orthodontische behandeling bij een kaakorthopedische afwijking:

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

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

44 Alarmcentrale EuroCross te Noordwijk

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden :

- de kosten van het organiseren van bovengenoemde hulpverlening door Alarmcentrale EuroCross;
- de kosten in verband met bemiddeling bij overmaken van benodigd geld;
- de kosten in verband met het overbrengen van berichten door Alarmcentrale EuroCross;
- de kosten van de organisatie van het toezenden van medicijnen of hulpmiddelen;
- de kosten van telefoon, telegram, enz. gemaakt om contact op te nemen met Alarmcentrale EuroCross.

45 Brillen/contactlenzen

DVZ Extrapolis

Wij vergoeden eenmaal per 2 kalenderjaren de kosten van aanschaf van:

- brillenglazen, tot maximaal f 50,- per glas;
- contactlenzen, tot maximaal f 25,- per lens.

Voor kinderen tot 16 jaar is tussentijdse vervanging van brillenglazen mogelijk op advies van de oogarts.

46 Second opinion

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, andere medisch specialist.

47 Preventieve geneeskunde

Ziektekostenverzekering

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door de huisarts of specialist:

- naar baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- naar borstkanker;
- van hart- en bloedvaten (maximaal één keer per 24 maanden).

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van andere onderzoeken en/of behandelingen in verband met de algemene preventie.

48 Wachttijdbemiddeling

Ziektekostenverzekering

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- de mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van uw verzekerde ziektekostenpakket;
- er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting) bij;
- eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
- dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
- ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.

Uitsluiting

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Vergoedingenoverzicht

Wij vergoeden de hierna genoemde en voorzover meeverzekerde kosten.

Vergoeding	Artikel	DVZ Basis Polis	DVZ Extra Polis	DVZ Tandarts Polis	DVZ Uitgebreide Tandarts Polis	DVZ Klassen-Plus-polis
Alarmeringsapparatuur	21	■	■			
Alternatieve geneeswijzen	20	■				
Alarmcentrale EuroCross	44	■				
Astmacentrum Davos	3	■				
Audiologische centra	12	■				
Bevalling	23	■				
Bijbetaling GVS	16		■			
Brillenglazen, lenzen	45		■			
Buitenland, dekking Europa	26	■				
Buitenland, dekking Wereld	26	■				
Cosmetische chirurgie	34	■				
Dagverpleging	1	■				
Daggelduitkering	1	■				
Eigen bijdrage hulpmiddelen	21		■			
Elastische kousen (klasse I)	31		■			
Epilatie	32		■			
Erfelijkheidsonderzoek	13	■				
Farmaceutische zorg (GVS)	16	■	■			
Fysiotherapie	17	■				
Gasthuizen, verblijf van gezinsleden bij opname	11	■				
Gezins hulp	35		■			
Herstellingsoorden	29		■			
Homeopathische geneesmiddelen	20		■			
Huisarts	15	■				
Hulpmiddelen (ZN-regeling)	21	■	■			
Kraamzorg	24	■				
Kuurreizen	28	■				
Leukemie bij kinderen	10	■				
Logopedie	18	■				
Manuele lymfedrainage	33		■			
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5	■				
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	■				
Nierdialyse	9	■				
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	17	■				
Orgaantransplantaties	8	■				
Orthodontie	36	■				
Orthodontie, bijzondere gevallen	43	■				
Plaswekker	22		■			
Podotherapie	30		■			
Preventie	47	■				
Psoriasisbehandeling	14	■				
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4	■				
Revalidatie, hart- en long	7	■				
Repatriering	27	■				
Second opinion	46	■				
Steunzolen	31		■			
Stottertherapie	19		■			
Tandheelkundige zorg, algemeen	38	■		■	■	
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	42	■				
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	41	■				
Tandheelkundige zorg, implantaten	37	■				
Tandheelkundige zorg, kronen	38, 39		■	■	■	
Tandheelkundige zorg, prothesen	38, 40		■		■	
Verloskundige zorg	23	■				
Vervoer van zieken	25	■				
Wachttijdbemiddeling	48	■				
Zelfstandige behandelcentra	6	■				
Ziekenhuisopname	1	■				■
Ziekenhuisopname, overnachting en vervoer gezinsleden	2	■				

Basispolissen **exclusief** vergoeding voor huisarts (Art. 15) en alternatieve geneeswijzen. – therapieën en – geneesmiddelen (Art. 20): A-polis, C-polis*, D-polis en F-polis.

Basispolissen **inclusief** vergoeding voor huisarts (Art. 15) en alternatieve geneeswijzen. – therapieën en – geneesmiddelen (Art. 20): B-polis, DA-polis, E-polis**, Beter Af polis en Direct Effectpolis***

* Eigen risico medische specialistisch zorg (poliklinisch), alleenstaanden f 50,- per kalenderjaar, gezin f 100,- per kalenderjaar

** Eigen risico f 50,- per kalenderjaar

*** Eigen bijdrage ziekenvervoer f 100,- per kalenderjaar