

## Inhoudsopgave

Afkortingen en begripsomschrijvingen	... ..pagina ...
Grondslag	... ..pagina ...
Strekking	... ..pagina ...
Aanmelding en acceptatie	... ..pagina ...
Premie	... ..pagina ...
Begin, duur en einde van de verzekering	... ..pagina ...
Wijziging van premie of voorwaarden	... ..pagina ...
Indienen van nota's	... ..pagina ...
Betaling van vergoeding	... ..pagina ...
Eigen risico	... ..pagina ...
Melding bij opname	... ..pagina ...
Verhaalsrecht	... ..pagina ...
Samenloop met andere verzekeringen	... ..pagina ...
Persoonsregistratie	... ..pagina ...
Klachten	... ..pagina ...
Verzekering via de werkgever	... ..pagina ...
Kosten die niet worden vergoed	... ..pagina ...
Buitenland	... ..pagina ...
Omvang van de dekking BasiCare Basispakket	... ..pagina ...
Omvang van de dekking BasiCare Pluspakket	... ..pagina ...
Omvang van de dekking BasiCare Toppakket	... ..pagina ...
Tandartskostenverzekering	... ..pagina ...
Goed gebitverzekering	... ..pagina ...

# 1 Afkortingen en begripsomschrijvingen

## In deze voorwaarden worden de volgende afkortingen gebruikt:

AWBZ : Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten  
BIG : Wet op de Beroepen In de Gezondheidszorg  
CTG : College voor Tarieven in de Gezondheidszorg  
KNMG : Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst  
KNMP : Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie  
LVSG : Landelijke Vereniging van Sociale Geneeskunde  
SNWLK: Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen  
UPT : Uniforme Particuliere Tandartstarieven  
WBIQZ : Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken  
ZN : Zorgverzekeraars Nederland

## In deze voorwaarden wordt bedoeld met:

### **Arts**

Een in Nederland gevestigde en geregistreerde arts, die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen.

### **Audiologische hulp**

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur en de voorlichting over het gebruik van de apparatuur.

### **Behandeling**

Geneeskundige behandeling of onderzoek volgens in Nederland algemeen aanvaarde medische normen.

### **Centrum voor erfelijkheidsadviesing**

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

### **Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen waarbij een benadering in teamverband of bijzondere deskundigheid is vereist.

### **Dagverpleging**

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

### **Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.

### **Geneesmiddelen**

Geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd en Bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedvoorziening.

### **Gezin**

Twee personen die samenwonen en duurzaam een gemeenschappelijke huishouding voeren, met hun kinderen, dan wel één verzorgende ouder, met kinderen.

### **Huisarts**

Een arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de KNMG en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

### **Hulpmiddelen**

De middelen die in de Regeling Hulpmiddelen van ZN zijn opgenomen.

### **Homeopathisch geneesmiddel**

Geneesmiddel dat voldoet aan het Besluit homeopathische farmaceutische producten en geregistreerd is als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.

### **Kind**

Eigen kind, stiefkind, pleegkind, adoptiekind, ongeacht of dit uit een huidig of vorig samenlevingsverband is, zolang dit kind jonger is dan 27 jaar en ongehuwd.

**Kinderfysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG en die tevens staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten.

**Laboratoriumonderzoek**

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als laboratorium is toegelaten.

**Medisch adviseur**

De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

**Medische noodzaak**

De noodzaak van verpleging, onderzoek, behandeling of vervoer volgens in Nederland algemeen aanvaarde medisch wetenschappelijke normen.

**Niet-klinische specialistische behandeling**

Een behandeling door een specialist, anders dan tijdens verpleging.

**Regelingen ZN**

De regelingen Fysiotherapie, Hulpmiddelen, Farmaceutische Zorg en Dieetpreparaten die zijn vastgesteld door ZN en die gelden op het moment van behandeling.

**Revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling gericht op het opheffen, verminderen of overwinnen van een handicap die het gevolg is van een stoornis in het bewegingsapparaat.

**Specialist**

Een arts, die is ingeschreven in het Register van Erkende Specialisten van de KNMG en als specialist praktiseert.

**Specialistische behandeling**

Behandeling of onderzoek, volgens algemeen aanvaarde medische normen en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

**Sportarts**

Een sportarts geregistreerd bij de tak Sportgeneeskunde van de LVSG.

**Sportmedisch Adviescentrum**

Een Sportmedisch Adviescentrum dat is aangesloten bij de federatie van Sport Medische Adviescentra.

**Tandarts**

Een tandarts, die als tandarts geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.

**Tandheelkundig adviseur**

De tandarts, die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

**Toestemming vooraf**

Waar "vergoeding na toestemming vooraf" in deze voorwaarden staat vermeld, vindt vergoeding alleen plaats als de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

**Vergoeding**

De vergoeding voor de werkelijk gemaakte kosten, echter tot maximaal de tarieven of prijzen die wettelijk zijn goedgekeurd, dan wel gelden krachtens een door of namens verzekeraar met een zorgaanbieder gesloten overeenkomst.

**Verpleegkundige**

Een verpleegkundige, die als verpleegkundige geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 BIG.

**Verpleging**

De opname en het verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, zolang op medische gronden ononderbroken behandeling door een specialist of kaakchirurg in een ziekenhuis noodzakelijk is.

**Verzekeraar**

NVS Zorgverzekeringen N.V.

**Verzekerde**

Een persoon die op het polisblad als verzekerde wordt genoemd.

**Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

**Zelfstandig Behandelcentrum**

Een organisatorisch verband, dat als zelfstandig behandelcentrum door de overheid is toegelaten, waarop een CTG-beschikking van toepassing is en waar verscheidene specialisten werkzaam zijn, terwijl het geen deel uitmaakt van of fungeert ten behoeve van een ziekenhuis.

### **Ziekenhuis**

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

### **Ziekenvervoer**

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi, veerboot, helikopter of eigen auto van en naar de dichtstbijzijnde plaats waar de zorgverlener de medisch noodzakelijke zorg verleent. Van medisch noodzakelijk ziekenvervoer is sprake als het naar de mening van de medisch adviseur om medische redenen niet verantwoord is gebruik te maken van het openbaar vervoer.

## **2 Grondslag**

De gezondheidsverklaring, het aanvraagformulier en de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens vormen de grondslag van deze overeenkomst en maken daarvan deel uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen. Dit geldt ook voor aanvragen tot wijziging of uitbreiding van de risicodekking gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst.

## **3 Strekking**

Deze verzekering vergoedt de kosten van medisch noodzakelijke behandeling van op het polisblad genoemde verzekerden, als omschreven in de "omvang van de dekking". De trefwoorden maken inhoudelijk geen deel uit van de voorwaarden. De vergoeding vindt plaats volgens de rechtsgeldige of met de verzekeraar overeengekomen tarieven. Deze verzekering vergoedt niet voor zover de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding voor rekening van de AWBZ, een subsidieregeling of wettelijke verzekering.

## **4 Aanmelding en acceptatie**

- a. Aanmelding voor de verzekering vindt plaats door invulling en ondertekening van het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring. Alle gezinsleden dienen voor dezelfde verzekering te worden aangemeld en te blijven verzekerd. Dit geldt niet voor gezinsleden die verplicht verzekerd zijn bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke instelling, of verzekerd zijn op een Standaardpakketpolis
- b. Voor een kind dat binnen een maand na de geboorte bij de verzekeraar is aangemeld is de verzekering van kracht vanaf de datum van geboorte, ongeacht de gezondheidstoestand.
- c. Wijziging van de verzekering door overgang van een verzekerde naar het ziekenfonds of een publiekrechtelijke regeling moet binnen een maand worden gemeld.
- d. Verhuizing van een verzekerde moet direct worden gemeld.
- e. Wat de verzekeraar verzendt naar het laatst opgegeven adres wordt geacht de verzekerde te hebben bereikt.

## **5 Premie**

- a. Onder premie wordt hier verstaan: premie, wettelijke bijdragen, administratiekosten, vertragingsrente, buitengerechtelijke kosten.
- b. Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premievervaldag te betalen.
- c. Verzekeringnemer mag geen premie verrekenen met van verzekeraar te ontvangen vergoedingen.
- d. Wanneer de volledige premie niet binnen 30 dagen na de premievervaldag door de verzekeraar is ontvangen, wordt de dekking opgeschort en vervalt het recht op vergoeding voor behandelingen vanaf de premievervaldatum.
- e. De dekking wordt hersteld op de dag nadat de volledige premie door de verzekeraar is ontvangen en aanvaard. Kosten van behandelingen waarvan de noodzaak zich openbaarde in de periode dat de dekking was opgeschort worden niet vergoed.
- f. Wanneer de verzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van de verzekeringnemer.
- g. Verzekeringnemer blijft verplicht achterstallige premie te betalen.

## **6 Begin, duur en einde van de verzekering**

### *Begin*

De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum staat vermeld.

### *Bedenktijd*

De verzekeringnemer heeft een bedenktijd van 14 dagen. Deze bedenktijd begint op de dagtekening van het eerste polisblad. In deze bedenktijd kan de verzekeringnemer de verzekeraar schriftelijk mededelen de verzekering per de ingangsdatum te willen beëindigen. De bedenktijd vervalt als de verzekeraar een uitkering heeft gedaan of een betalingsgarantie heeft verstrekt.

### *Duur*

De looptijd van de verzekering is op het polisblad vermeld. De verzekering wordt stilzwijgend verlengd met telkens een zelfde periode.

### *Einde*

- a. De verzekeringnemer kan de overeenkomst schriftelijk opzeggen. De verzekering eindigt dan voor alle verzekerden na het verstrijken van de lopende periode. De opzegtermijn is drie maanden.
- b. De verzekering eindigt voor een kind bij het bereiken van de 27-jarige leeftijd.
- c. De verzekering eindigt voor een verzekerde per de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt en waardoor recht ontstaat op een Standaardpakketpolis, met uitzondering van een eventueel verzekerde klassedekking.
- d. De verzekering eindigt voor een verzekerde die verzekerd wordt bij het ziekenfonds of bij een publiekrechtelijke regeling, met uitzondering van een eventueel verzekerde klassedekking. Deze overgang dient te worden aangetoond met een kopie van het inschrijvingsbewijs.
- e. De verzekering eindigt voor een verzekerde die ophoudt gezinslid te zijn. In geval van echtscheiding is dit de dag volgend op de dag waarop het vonnis is ingeschreven in het register.
- f. De verzekering eindigt voor een verzekerde die voor een periode van langer dan 6 maanden in het buitenland verblijft, bij de aanvang van deze periode.
- g. De verzekering eindigt voor een verzekerde op de dag dat deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn.

### *Opzegging door de verzekeraar*

In de volgende gevallen kan de verzekeraar de verzekering opzeggen:

- h. Wanneer blijkt dat het aanvraagformulier of de gezondheidsverklaring onjuist is ingevuld, of omstandigheden zijn verzwegen die voor de verzekeraar van belang kunnen zijn.
- i. Wanneer de premie, ook na aanmaning, niet is betaald.
- j. Wanneer aan een terugvordering van een eigen risico, ook na aanmaning, niet is voldaan.
- k. Wanneer een niet waarheidsgetrouw verzoek tot vergoeding is ingediend.

## **7 Wijziging van premie of voorwaarden**

- a. De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premie te wijzigen. De wijziging is ook van toepassing als de verzekering reeds bestond.
- b. Verzekeringnemer heeft het recht de wijziging te weigeren. Als verzekeringnemer dit schriftelijk kenbaar maakt binnen 30 dagen nadat hij van de wijziging op de hoogte is gesteld eindigt de verzekering per de datum dat de wijziging ingaat.
- c. Verzekeringnemer heeft niet het recht de wijziging te weigeren als de wijziging het gevolg is van een wettelijke regeling, of de wijziging een verbetering van voorwaarden of verlaging van premie inhoudt.
- d. Verzekeringnemer heeft niet het recht een premieverhoging te weigeren in het geval de verhoging het gevolg is van het overschrijden van een leeftijdsgrens in een leeftijdsafhankelijk tarief.
- e. Verzekeringnemer heeft niet het recht een premieverhoging te weigeren in het geval de verhoging het gevolg is van het aanpassen van regiokorting bij verhuizing naar een andere regio.

## **8 Indienen van nota's**

Een nota komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking onder deze voorwaarden:

- a. De nota is door de zorgverlener verstrekt en in origineel ingediend (geen kopie).
- b. De nota is zo duidelijk gespecificeerd, dat de verzekeraar zonder meer kan beoordelen of de nota voor vergoeding in aanmerking komt.
- c. De nota waarvan de herkomst niet duidelijk blijkt ('computernota') is door de zorgverlener gewaarmerkt.
- d. De nota van ziekenvervoer is gelijktijdig met de nota van de behandeling ingediend.
- e. De nota is binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden ingediend.
- f. Ingediende nota's worden niet aan de verzekeringnemer teruggestuurd.
- g. Op verzoek van de verzekeraar of de medisch adviseur verleent de verzekerde medewerking tot het verkrijgen van alle noodzakelijk geachte informatie.

## 9 Betaling van vergoeding

De betaling van de vergoeding vindt plaats aan de verzekeringnemer of rechtstreeks aan de zorgverlener.

## 10 Eigen risico

- a. Een eigen risico geldt voor een kalenderjaar. Als de verzekering niet op 1 januari ingaat wordt het eigen risico naar evenredigheid van het aantal volle maanden bepaald. Bij beëindiging van de verzekering anders dan op 1 januari is het volledige eigen risico van toepassing. Voor de vaststelling van het eigen risico is de situatie op 1 januari bepalend.
- b. Wat onder het bedrag van het eigen risico blijft wordt niet vergoed.
- c. Wat niet voor vergoeding in aanmerking komt telt ook niet mee voor het eigen risico.
- d. Als voor een vergoeding een maximum is vastgesteld, geldt dit maximum voor de som van wat is uitgekeerd en wordt alleen het bedrag van de vergoeding met het eigen risico verrekend.
- e. Als rechtstreekse betaling aan de zorgverlener plaatsvindt dient de verzekeringnemer een eventueel eigen risico aan de verzekeraar terug te betalen.

## 11 Melding bij opname

Bij opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum dient de verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie dagen na de opname, hiervan op de hoogte te worden gesteld. De behandelend arts dient zonodig gemachtigd te worden om de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur.

## 12 Verhaalsrecht

Als een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de gemaakte kosten is verzekeringnemer verplicht zo veel mogelijk te helpen bij het verhalen van kosten op deze derde. Zonder toestemming van de verzekeraar mag verzekeringnemer geen regeling treffen met de derde. Als de verzekeraar door het handelen of nalaten van de verzekeringnemer in haar belang wordt geschaad hoeft zij geen vergoeding te verlenen.

## 13 Samenloop met andere verzekeringen

Indien, zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op vergoeding van schade en/of kosten, voorzieningen in natura en/of hulpverlening op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig.

## 14 Persoonsregistratie

De bij de aanvraag van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, dat ter inzage ligt bij de verzekeraar.

## 15 Klachten

Bij klachten over deze verzekering kan de verzekeringnemer zich wenden tot de directie van de verzekeraar of de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

## 16 Verzekering via de werkgever

Als deze verzekering is gesloten in het kader van een collectieve overeenkomst met de werkgever zijn de volgende bepalingen van kracht:

- a. De met de werkgever gesloten basisovereenkomst is op deze verzekering van toepassing.
- b. Bij beëindiging van de dienstbetrekking wegens prepensionering, vervroegde uittreding (VUT), of arbeidsongeschiktheid blijft de verzekering van kracht. Bij beëindiging van de dienstbetrekking om andere reden dan hier vermeld eindigt deze verzekering.

- c. Voor verzekerden die de 65-jarige leeftijd bereikt hebben geldt dat voor zover de dekking van deze verzekering uitstijgt boven de dekking van de Standaardpakketpolis deze als excedentdekking kan blijven bestaan tegen de daarvoor geldende premie.

## 17 Kosten die niet worden vergoed

Geen vergoeding vindt plaats voor:

- a. De kosten die verband houden met ziekten of afwijkingen die al voor de ingangsdatum van de verzekering bestonden en die niet op het aanvraagformulier zijn vermeld hoewel verzekerde hiervan op dat moment wel kennis droeg of klachten ondervond.
- b. De kosten die gemaakt zijn op een tijdstip dat de dekking nog niet, of niet meer, van kracht was. De datum waarop de hulp is verleend is hierbij bepalend.
- c. De kosten voor een vorm- of uiterlijkverbeterende behandeling, tenzij sprake is van een ernstige verminking of ernstige geboortefwijking.
- d. De kosten van ouderschapsonderzoek.
- e. De kosten van geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn.
- f. De kosten van geneesmiddelen (inenting) ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland.
- g. De kosten van een niet algemeen erkende geneeswijze of therapie.
- h. De kosten van een niet toegelaten geneesmiddel of bij gebruik voor een indicatie waarvoor dit geneesmiddel niet is geregistreerd.
- i. De kosten van behandeling door een voor die behandeling onvoldoende gekwalificeerde hulpverlener.
- j. De kosten van hulp verleend door een daartoe niet erkende instelling.
- k. De eigen bijdragen volgens de AWBZ, tenzij vermeld onder de omvang van de dekking.
- l. De kosten van tandheelkundige implantaten en transplantaten; de kosten van onzorgvuldig gebruik van een beugel.
- m. De eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoek.
- n. De kosten van keuringen, attesten, administratietoelagen, boetes en niet nagekomen afspraken.
- o. De kosten van behandeling door een psychiater, psycholoog, psychotherapeut of (ortho)pedagoog.
- p. De kosten van sportmedische begeleiding, gymnastiek of conditietraining.
- q. De kosten die het gevolg zijn of verband houden met kernreacties, tenzij de reactie verband houdt met de beroepsuitoefening van de verzekerde of de reactie is aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde.
- r. De kosten die het gevolg zijn van groot molest (zoals gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munterij).

## 18 Buitenland

### *Spoedeisende hulp: werelddekking (inclusief Europese Unie)*

Deze verzekering geeft recht op volledige vergoeding voor de kosten van niet te voorziene en spoedeisende medische hulp die buiten Nederland wordt verleend. Onder deze dekking vallen de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer, verpleging bij opname in een plaatselijk erkend ziekenhuis, hulp door een specialist of huisarts en de door een arts voorgeschreven medicijnen. Maximaal worden 365 verpleegdagen vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is dat verzekerde Nederlands ingezetene is. De vergoeding vindt plaats volgens de middenkoers van de dag waarop de nota is uitgeschreven.

### *Gewenste behandeling in een ander land: Europese Unie*

Behandelingen die op grond van deze verzekering in Nederland worden vergoed kunnen ook in een ander land van de Europese Unie worden ondergaan. Hieraan worden gelijke voorwaarden gesteld als bij een behandeling in Nederland. Voor de bepaling van de vergoeding wordt de behandeling geacht in Nederland te hebben plaatsgevonden. Maximaal worden dus de kosten vergoed die bij behandeling in Nederland zouden zijn vergoed. Deze kosten worden op gemiddelden gebaseerd. Als de behandeling naar Nederlandse medische normen niet zou hebben plaatsgevonden, wordt geen vergoeding verleend. In voorkomende gevallen is het verstandig vooraf met de verzekeraar te overleggen.

### *Hulpverlening*

Na toestemming vooraf is de volgende hulpverlening beschikbaar:

- a. Garantstelling: Op verzoek geeft de verzekeraar een garantieverklaring af aan het ziekenhuis.
- b. Toezending van geneesmiddelen voor zover dit door de geldende douanebepalingen wordt toegestaan en voor zover ter plaatse geen redelijke alternatieven verkrijgbaar zijn.
- c. Repatriëring: Vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar de woonplaats, inclusief de kosten van medische begeleiding.
- d. Repatriëring stoffelijk overschot: vergoeding voor de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar de woonplaats. In geval besloten wordt tot begrafenissen of crematie ter plaatse worden de reiskosten vergoed die gemaakt worden voor het bijwonen van de begrafenissen of crematie door de echtgenoot/partner en familieleden in de eerste en tweede graad. De vergoeding voor reiskosten bedraagt maximaal €7000 (f 15.425,97).
- e. Begeleiding bij repatriëring: vergoeding voor de extra reis- en verblijfskosten van een medeverzekerde reisgenoot of partner/echtgenoot, die meereist bij repatriëring naar de woonplaats.

## 19 A Omvang van de dekking BasiCare Basispakket

*(op alfabetische volgorde)*

*De verzekering is van kracht voor het pakket dat door de verzekeringnemer is afgesloten en op het polisblad staat vermeld.*

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

### **Besmettelijke ziekten**

Vergoeding voor de kosten van een verblijf, wegens een besmettelijke ziekte, in een ziekenhuis of inrichting, als genoemd in de WBIOZ.

### **Bevalling en kraamzorg**

**NIET VERZEKERD**

### **Dieetpreparaten**

Vergoeding voor de meerkosten van dieetpreparaten boven gewone voeding volgens de Regeling Dieetpreparaten van ZN, na toestemming vooraf. Voorwaarde voor vergoeding is een verklaring van de behandelend arts waaruit de medische noodzaak blijkt.

### **Fysiotherapie en oefentherapie**

Vergoeding voor de kosten van maximaal 9 behandelingen fysiotherapie of manuele therapie door een fysiotherapeut of kinderfysiotherapeut of voor maximaal 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar per verzekerde per indicatie per kalenderjaar. Een verwijzing door de huisarts of specialist is nodig, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Langdurige fysiotherapie wordt vergoed volgens de regeling Fysiotherapie van ZN. Manuele therapie wordt alleen dan vergoed indien toegepast door een fysiotherapeut die staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten.

### **Geneesmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek of apothekhoudend huisarts. Op de vergoeding is de Regeling Farmaceutische Zorg van ZN van toepassing (ook bekend onder de naam "GVS-systeem").

### **Huisarts**



Vergoeding voor het honorarium van de huisarts.

### **Hulpmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen. Op de vergoeding is de Regeling Hulpmiddelen van ZN van toepassing. Voor alle hulpmiddelen geldt toestemming vooraf.

### **Injecties**

Vergoeding voor de kosten van het toedienen van injecties door een verpleegkundige op voorschrift van een specialist of een huisarts.

### **Laboratoriumonderzoek**

Vergoeding voor de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van huisarts of specialist, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

### **Leukemie bij kinderen**

Vergoeding voor de kosten die de SNWLK in rekening brengt voor centrale diagnostiek alsmede coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

### **Mechanische beademing**

Vergoeding voor de kosten van mechanische beademing op voorschrift van een specialist.

### **Nierdialyse**

Vergoeding voor de kosten van nierdialyse. Bij nierdialyse thuis vergoeding voor bepaalde niet-medische kosten, na toestemming vooraf.

### **Orgaantransplantatie (donor)**

Vergoeding voor de kosten van medische behandeling van de donor in verband met deze transplantatie, tot drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Eventuele reis- en verblijfkosten worden niet vergoed.

### **Orgaantransplantatie (ontvanger)**

Vergoeding voor de kosten van weefselypering en transplantatie, na toestemming vooraf.

### **Orthodontie**

Vergoeding tot maximaal € 750 (f 1.652,78) voor gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist voor een verzekerde jonger dan 21 jaar.

### **Pacemaker**

Vergoeding voor de kosten van aanschaf van een hartstimulator (pacemaker).

### **Revalidatie**

De kosten van revalidatie worden vergoed als deze hulp gezien de handicap als meest doeltreffend is aangewezen en de verzekerde met de hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden. Deze hulp dient te worden gegeven door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist. Het team dient verbonden te zijn aan een instelling voor revalidatie die door de overheid daartoe erkend is. Bij beoordeling van de aanvraag hanteert de verzekeraar de Indicatiestelling Revalidatiezorg van ZN. Vergoeding na toestemming vooraf.

### **Second opinion**

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist dan de behandelend specialist als deze een ingrijpende behandeling heeft voorgesteld.

### **Specialist**

Vergoeding voor de kosten van specialistische hulp en bijkomende kosten op verwijzing van de huisarts.

### **Sterilisatie en abortus**

Vergoeding voor de kosten van sterilisatie en abortus. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

### **Tandheelkundige hulp – Jeugdandregeling**

Tot een verzekerde de 27-jarige leeftijd bereikt, wordt vergoeding tot een maximum van €500 (f 1.101,86) per kalenderjaar verleend voor 80% van de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste inclusief techniekkosten.

### **Tandheelkundige hulp – Jeugdandregeling voor gehandicapten**

Als door een lichamelijke of geestelijke handicap van een verzekerde jonger dan 27 jaar een langere dan gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling nodig is, wordt vergoeding verleend voor 80% van de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste, op basis van het goedgekeurde tarief per behandeluur.

### **Tandheelkunde - behandeling door een kaakchirurg**

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een kaakchirurg op verwijzing van huisarts of tandarts, met uitzondering van parodontologische behandeling en voor kosten in verband met implantaten/transplantaten.

**Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

Vergoeding voor tandheelkundige behandelingen in een beperkt aantal bijzondere gevallen. Deze gevallen staan vermeld in de Regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. De regeling is op aanvraag verkrijgbaar. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Thuisverpleging**

Vergoeding voor de kosten van thuisverpleging ter bekorting of vervanging van een ziekenhuisopname. De vergoeding is maximaal voor 8 uren per etmaal en voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar. Vergoeding na toestemming vooraf. Geen vergoeding vindt plaats als een subsidieregeling van toepassing is, of in geval van verpleging bij bevalling en kraamzorg.

**Trombosedienst**

Vergoeding voor de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

**Verbandmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van verbandmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

**Verpleging**

Vergoeding voor de kosten van verpleging, klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten in de verzekerde klasse.

*Verpleging in een hogere klasse*

Als verpleging plaatsvindt in een hogere klasse dan de verzekerde klasse, wordt niet meer vergoed dan bij verpleging in de verzekerde klasse. Als de verzekering geldt voor klasse 2B of klasse 2A en de verpleging vindt plaats in klasse 2 van een ziekenhuis dat voor de tweede klassenverpleging geen verschillende tarieven kent, zal de verpleging in klasse 2 worden vergoed.

*Verpleging in een lagere klasse*

Als verpleging plaatsvindt in een lagere klasse dan de verzekerde klasse kan de verzekerde aanspraak maken op een vergoeding voor €25 (f 55,09) per dag. Opname in klasse 2 wordt gelijkgesteld aan klasse 2A. Geen vergoeding vindt plaats als de verpleging voor rekening van de AWBZ plaatsvindt, of het ziekenhuis op de betrokken afdeling geen verschillende klassen kent (zoals de afdeling Intensive Care).

**Zelfstandig behandelcentrum**

Vergoeding voor behandeling in een Zelfstandig Behandelcentrum in Nederland. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Ziekenhuis**

Zie Verpleging

**Ziekenvervoer**

Vergoeding wordt verleend voor ziekenvervoer als blijkt een verklaring van de behandelend specialist dit vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Vergoeding wordt verleend bij: ziekenhuisopname en –ontslag, dagverpleging en revalidatiedagbehandeling, niet-klinisch specialistische behandeling. Vervoer kan plaatsvinden per ambulance, taxi, auto, veerboot of helikopter. Bij gebruik van een eigen auto bedraagt de vergoeding € 0,20 (f 0,44) per kilometer van de afstand tussen de plaats van vertrek en bestemming. Niet vergoed worden: ziekenvervoer wegens tijdelijk verlof, ziekenvervoer van en naar een behandeling die vergoed wordt uit de AWBZ, ziekenvervoer van en naar een behandeling die niet wordt vergoed.

## 19 B Omvang van de dekking BasiCare Pluspakket

(op alfabetische volgorde)

De verzekering is van kracht voor het pakket dat door de verzekeringnemer is afgesloten en op het polisblad staat vermeld.

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

### **Advies bij letsel**

Als een verzekerde bij een ongeval of door toedoen van een derde letsel heeft opgelopen verleent de verzekeraar op verzoek advies over de mogelijkheden van verhaal van persoonlijke schade op de aansprakelijke partij.

### **Alternatieve geneeswijzen**

Vergoeding tot een maximum van €250 (f 550,93) per verzekerde per kalenderjaar voor 80% van de kosten van behandeling door een arts of therapeut die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast. De arts of therapeut dient lid te zijn van een door de verzekeraar erkende beroepsvereniging.

### **Audiologische hulp**

Vergoeding voor de kosten van hulp door een audiologisch centrum op voorschrift van een arts.

### **Besmettelijke ziekten**

Vergoeding voor de kosten van een verblijf, wegens een besmettelijke ziekte, in een ziekenhuis of inrichting, als genoemd in de WBIOZ.

### **Bevalling en kraamzorg**

*NIET VERZEKERD*

### **Dieetpreparaten**

Vergoeding voor de meerkosten van dieetpreparaten boven gewone voeding volgens de Regeling Dieetpreparaten van ZN, na toestemming vooraf. Voorwaarde voor vergoeding is een verklaring van de behandelend arts waaruit de medische noodzaak blijkt.

### **Elektrische epilatie**

Enmalige vergoeding tot een maximum van €250 (f 550,93) van de kosten van medisch noodzakelijke elektrische epilatie van gezichtsbehaarung, op voorschrift van een arts.

### **Erfelijkheidsadvies**

Vergoeding voor de kosten van verleende hulp door een centrum voor erfelijkheidsadvies op voorschrift van een arts.

### **Ergotherapie**

Vergoeding voor maximaal 5 uren ergotherapie per verzekerde per kalenderjaar, na verwijzing door een arts. Vergoeding vindt plaats op basis van het neventarief enkelvoudige ergotherapie.

### **Fysiotherapie en oefentherapie**

Vergoeding voor de kosten van maximaal 9 behandelingen fysiotherapie of manuele therapie door een fysiotherapeut of kinderfysiotherapeut of voor maximaal 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar per verzekerde per indicatie per kalenderjaar. Een verwijzing door de huisarts of specialist is nodig, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Langdurige fysiotherapie wordt vergoed volgens de regeling Fysiotherapie van ZN. Manuele therapie wordt alleen dan vergoed indien toegepast door een fysiotherapeut die staat ingeschreven in het Register

Verbijzonderde Fysiotherapeuten.

### **Geneesmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Op de vergoeding is de Regeling Farmaceutische Zorg van ZN van toepassing (ook bekend onder de naam "GVS-systeem").

### **Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen**

Vergoeding volgens de Regeling farmaceutische hulp (GVS systeem) voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, geregistreerd in de taxen van de KNMP, op voorschrift van een huisarts of specialist geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

### **Huisarts of andere arts**

Vergoeding voor het honorarium van de huisarts. Vergoeding voor het honorarium, gemaximeerd tot het enkelvoudig huisartsconsulttarief, van een arts-homeopaat, arts-antroposoof, arts-fleboloog, arts-enzymtherapeut, arts-Moermantherapeut, chiropractor die lid is van de NCA.

### **Hulpmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen. Op de vergoeding is de Regeling Hulpmiddelen van ZN van toepassing. Voor alle hulpmiddelen geldt toestemming vooraf.

**Injecties**

Vergoeding voor de kosten van het toedienen van injecties door een verpleegkundige op voorschrift van een specialist of een huisarts.

**Laboratoriumonderzoek**

Vergoeding voor de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van huisarts of specialist, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

**Leukemie bij kinderen**

Vergoeding voor de kosten die de SNWLK in rekening brengt voor centrale diagnostiek alsmede coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

**Logeerhuizen**

Vergoeding voor de eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een logeerhuis, dat is verbonden aan een ziekenhuis bij opname van een meeverzekerd kind.

Vergoeding voor de verblijfskosten van een verzekerde patiënt in het Prinses Margriethuis van de Nederlandse Lever en Darmstichting tot €35 (f 77,13) per dag voor een maximum van 28 dagen. Moeten de ouders in verband hiermee ook bij het ziekenhuis overnachten, wordt vergoeding verleend tot €25 (f 55,09) per nacht.

**Logopedie**

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een logopedist op voorschrift van huisarts of specialist. Maximaal worden 12 behandelingen per kalenderjaar vergoed. Niet vergoed worden de kosten van een logopedische behandeling van dyslexie of van een taalontwikkelingsstoornis door dialect of anderstaligheid.

**Mechanische beademing**

Vergoeding voor de kosten van mechanische beademing op voorschrift van een specialist.

**Nierdialyse**

Vergoeding voor de kosten van nierdialyse. Bij nierdialyse thuis vergoeding voor bepaalde niet-medische kosten, na toestemming vooraf.

**Orgaantransplantatie (donor)**

Vergoeding voor de kosten van medische behandeling van de donor in verband met deze transplantatie, tot drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Eventuele reis- en verblijfskosten worden niet vergoed.

**Orgaantransplantatie (ontvanger)**

Vergoeding voor de kosten van weefseltypering en transplantatie, na toestemming vooraf.

**Orthodontie**

Vergoeding tot maximaal €1250 (f 2.754,64) voor gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist voor een verzekerde jonger dan 21 jaar.

**Pacemaker**

Vergoeding voor de kosten van aanschaf van een hartstimulator (pacemaker).

**Pedicure voor diabetici**

Vergoeding voor voetverzorging door een pedicure in het geval verzekerde diabetisch patiënt is.

**Plaswekker**

Vergoeding voor de kosten van een enuresis (plas)wekker.

**Psychologische hulp na chemotherapie**

Vergoeding voor 50% tot een maximum van €700 (f 1.542,60) per kalenderjaar van de kosten van behandeling door een eerstelijnspsycholoog na chemotherapie. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Preventieve hulp**

Vergoeding voor baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, prostaatonderzoek (vanaf 45 jaar), inenting tegen hondsdolheid en tetanus, preventief hart- en bloedvatenonderzoek (eenmaal per 24 maanden en tot €125 (f 275,46) per verzekerde) en cholesterolttest. Niet vergoed worden de kosten van geneesmiddelen (inentingen) ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland.

**Revalidatie**

De kosten van revalidatie worden vergoed als deze hulp gezien de handicap als meest doeltreffend is aangewezen en de verzekerde met de hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden. Deze hulp dient te worden gegeven door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist. Het team dient verbonden te zijn aan een instelling voor revalidatie die door de overheid daartoe erkend is. Bij beoordeling van de aanvraag hanteert de verzekeraar de Indicatiestelling Revalidatiezorg van ZN. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Second opinion**

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist dan de behandelend specialist als deze een ingrijpende behandeling heeft voorgesteld.

**Specialist**

Vergoeding voor de kosten van specialistische hulp en bijkomende kosten op verwijzing van de huisarts.

**Sportmedisch advies**

Vergoeding, tot maximaal het enkelvoudig huisartsconsulttarief, voor advies bij een sportblessure door een sportarts of door een Sportmedisch Adviescentrum, eenmaal per verzekerde per kalenderjaar.

**Sterilisatie en abortus**

Vergoeding voor de kosten van sterilisatie en abortus. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

**Tandheelkundige hulp – Jeugdtandregeling**

Tot een verzekerde de 27-jarige leeftijd bereikt, wordt vergoeding tot een maximum van €500 (f 1.101,86) per kalenderjaar verleend voor 80% van de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste inclusief techniekkosten.

**Tandheelkundige hulp – Jeugdtandregeling voor gehandicapten**

Als door een lichamelijke of geestelijke handicap van een verzekerde jonger dan 27 jaar een langere dan gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling nodig is, wordt vergoeding verleend voor 80% van de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste, op basis van het goedgekeurde tarief per behandeluur.

**Tandheekunde - behandeling door een kaakchirurg**

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een kaakchirurg op verwijzing van huisarts of tandarts, met uitzondering van parodontologische behandeling en voor kosten in verband met implantaten/transplantaten.

**Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

Vergoeding voor tandheelkundige behandelingen in een beperkt aantal bijzondere gevallen. Deze gevallen staan vermeld in de Regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. De regeling is op aanvraag verkrijgbaar. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Therapeutische kampen**

Vergoeding van €5 (f 11,02) per dag per medeverzekerd kind bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Thuisverpleging**

Vergoeding voor de kosten van thuisverpleging ter bekorting of vervanging van een ziekenhuisopname. De vergoeding is maximaal voor 8 uren per etmaal en voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar. Vergoeding na toestemming vooraf. Geen vergoeding vindt plaats als een subsidieregeling van toepassing is, of in geval van verpleging bij bevalling en kraamzorg.

**Trombosedienst**

Vergoeding voor de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

**Verbandmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van verbandmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

**Verpleging**

Vergoeding voor de kosten van verpleging, klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten in de verzekerde klasse.

*Verpleging in een hogere klasse*

Als verpleging plaatsvindt in een hogere klasse dan de verzekerde klasse, wordt niet meer vergoed dan bij verpleging in de verzekerde klasse. Als de verzekering geldt voor klasse 2B of klasse 2A en de verpleging vindt plaats in klasse 2 van een ziekenhuis dat voor de tweede klassenverpleging geen verschillende tarieven kent, zal de verpleging in klasse 2 worden vergoed.

*Verpleging in een lagere klasse*

Als verpleging plaatsvindt in een lagere klasse dan de verzekerde klasse kan de verzekerde aanspraak maken op een vergoeding voor €25 (f 55,09) per dag. Opname in klasse 2 wordt gelijkgesteld aan klasse 2A. Geen vergoeding vindt plaats als de verpleging voor rekening van de AWBZ plaatsvindt, of het ziekenhuis op de betrokken afdeling geen verschillende klassen kent (zoals de afdeling Intensive Care).

**Zelfstandig behandelcentrum**

Vergoeding voor behandeling in een Zelfstandig Behandelcentrum in Nederland. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Ziekenhuis**

Zie Verpleging

**Ziekenvervoer**

Vergoeding wordt verleend voor ziekenvervoer als blijkt een verklaring van de behandelend specialist dit vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Vergoeding wordt verleend bij: ziekenhuisopname en –ontslag, dagverpleging en revalidatiedagbehandeling, niet-klinisch specialistische behandeling. Vervoer

kan plaatsvinden per ambulance, taxi, auto, veerboot of helikopter. Bij gebruik van een eigen auto bedraagt de vergoeding € 0,25 (f 0,55) per kilometer van de afstand tussen de plaats van vertrek en bestemming. Niet vergoed worden: ziekenvervoer wegens tijdelijk verlof, ziekenvervoer van en naar een behandeling die vergoed wordt uit de AWBZ, ziekenvervoer van en naar een behandeling die niet wordt vergoed.

## 19 C Omvang van de dekking BasiCare Toppakket

(op alfabetische volgorde)

De verzekering is van kracht voor het pakket dat door de verzekeringnemer is afgesloten en op het polisblad staat vermeld.

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

### **Acnébehandeling**

Vergoeding voor de kosten van poliklinische behandeling door een plastisch chirurg of dermatoloog van ernstige vormen van acné met behulp van peeling of dermabrosie. Vergoeding na toestemming vooraf.

### **Acupunctuur**

Vergoeding voor behandeling verricht door een acupuncturist of arts-acupuncturist die is aangesloten bij een door de verzekeraar erkende beroepsvereniging (NAAV, NAAS, NVA) tot maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. Per behandeling wordt maximaal €30 (f 66,11) vergoed.

### **Advies bij letsel**

Als een verzekerde bij een ongeval of door toedoen van een derde letsel heeft opgelopen verleent de verzekeraar op verzoek advies over de mogelijkheden van verhaal van persoonlijke schade op de aansprakelijke partij.

### **Alternatieve geneeswijzen**

Vergoeding tot een maximum van €500 (f 1.101,86) per verzekerde per kalenderjaar voor 80% van de kosten van behandeling door een arts of therapeut die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast. De arts of therapeut dient lid te zijn van een door de verzekeraar erkende beroepsvereniging.

### **Audiologische hulp**

Vergoeding voor de kosten van hulp door een audiologisch centrum op voorschrift van een arts.

### **Besmettelijke ziekten**

Vergoeding voor de kosten van een verblijf, wegens een besmettelijke ziekte, in een ziekenhuis of inrichting, als genoemd in de WBIOZ.

### **Bevalling en kraamzorg**

**NIET VERZEKERD**

### **Brillenglazen en contactlenzen**

Vergoeding tot maximaal €150 (f 330,56) per verzekerde om de 24 maanden voor de kosten van visuscorrigerende brillenglazen of contactlenzen.

### **Camouflagetherapie**

Eenmalige vergoeding voor de materiaal- en leskosten door een camouflagiste tot maximaal €250 (f 550,93).

### **Dieetpreparaten**

Vergoeding voor de meerkosten van dieetpreparaten boven gewone voeding volgens de Regeling Dieetpreparaten van ZN, na toestemming vooraf. Voorwaarde voor vergoeding is een verklaring van de behandelend arts waaruit de medische noodzaak blijkt.

### **Elektrische epilatie**

Eenmalige vergoeding tot een maximum van €250 (f 550,93) van de kosten van medisch noodzakelijke elektrische epilatie van gezichtsbehaar, op voorschrift van een arts.

### **Erfelijkheidsadvies**

Vergoeding voor de kosten van verleende hulp door een centrum voor erfelijkheidsadvies op voorschrift van een arts.

### **Ergotherapie**

Vergoeding voor maximaal 10 uren ergotherapie per verzekerde per kalenderjaar, na verwijzing door een arts. Vergoeding vindt plaats op basis van het neventarief enkelvoudige ergotherapie.

### **Fysiotherapie en oefentherapie**

Vergoeding voor de kosten van maximaal 9 behandelingen fysiotherapie of manuele therapie door een fysiotherapeut of kinderfysiotherapeut of voor maximaal 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar per verzekerde per indicatie per kalenderjaar. Een verwijzing door de huisarts of specialist is nodig, waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd. Vergoeding voor de kosten van een vervolgbehandeling is alleen mogelijk na toestemming vooraf. Vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling wordt 75% van de kosten vergoed. Langdurige fysiotherapie wordt vergoed volgens de regeling Fysiotherapie van ZN. Behandelingen met het doel de conditie te bevorderen worden niet vergoed. Manuele therapie wordt alleen dan vergoed indien toegepast door een fysiotherapeut die staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten.

### **Geneesmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts en geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Op de vergoeding is de Regeling Farmaceutische Zorg van ZN van toepassing (ook bekend onder de naam "GVS-systeem"). Tevens vergoeding voor de meerkosten (bovenlimietprijs) die voor eigen rekening blijven door de Regeling Farmaceutische Zorg van ZN.

#### **Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen**

Vergoeding volgens de Regeling farmaceutische hulp (GVS systeem) voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, geregistreerd in de taxen van de KNMP, op voorschrift van een huisarts of specialist geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

#### **Hoortoestel**

Vergoeding tot maximaal €700 (f 1.542,60) voor de kosten die voor eigen rekening blijven bij de aanschaf van een hoortoestel dat gedeeltelijk wordt vergoed onder de Regeling Hulpmiddelen van ZN. Deze vergoeding wordt eenmaal per 8 jaar verleend.

#### **Huisarts of andere arts**

Vergoeding voor het honorarium van de huisarts. Vergoeding voor het honorarium, gemaximeerd tot het enkelvoudig huisartsconsulttarief, van een arts-homeopaat, arts-antroposoof, arts-fleboloog, arts-enzymtherapeut, arts-Moermantherapeut, chiropractor die lid is van de NCA.

#### **Hulpmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen. Op de vergoeding is de Regeling Hulpmiddelen van ZN van toepassing. Voor alle hulpmiddelen geldt toestemming vooraf.

#### **Injecties**

Vergoeding voor de kosten van het toedienen van injecties door een verpleegkundige op voorschrift van een specialist of een huisarts.

#### **Invalidenwagen of rolstoel**

Eenmalige tegemoetkoming tot maximaal €500 (f 1.101,86) in de aanschafkosten van een invalidenwagen of rolstoel.

Vergoeding na toestemming vooraf.

#### **Laboratoriumonderzoek**

Vergoeding voor de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van huisarts of specialist, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

#### **Leukemie bij kinderen**

Vergoeding voor de kosten die de SNWLK in rekening brengt voor centrale diagnostiek alsmede coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

#### **Logeerhuizen**

Vergoeding voor de eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een logeerkamer, dat is verbonden aan een ziekenhuis bij opname van een meeverzekerd kind.

Vergoeding voor de verblijfskosten van een verzekerde patiënt in het Prinses Margriethuis van de Nederlandse Lever en Darmstichting tot €35 (f 77,13) per dag voor een maximum van 28 dagen. Moeten de ouders in verband hiermee ook bij het ziekenhuis overnachten, wordt vergoeding verleend tot €25 (f55,09) per nacht.

#### **Logopedie**

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een logopedist op voorschrift van huisarts of specialist. Maximaal worden 12 behandelingen per kalenderjaar vergoed. Niet vergoed worden de kosten van een logopedische behandeling van dyslexie of van een taalontwikkelingsstoornis door dialect of anderstaligheid.

#### **Mammaprothese**

Vergoeding tot maximaal €35 (f 77,13) per prothese voor de kosten die voor eigen rekening blijven bij aanschaf van een mammaprothese conform de regeling Hulpmiddelen van ZN.

#### **Mechanische beademing**

Vergoeding voor de kosten van mechanische beademing op voorschrift van een specialist.

#### **Nierdialyse**

Vergoeding voor de kosten van nierdialyse. Bij nierdialyse thuis vergoeding voor bepaalde niet-medische kosten, na toestemming vooraf.

#### **Orgaantransplantatie (donor)**

Vergoeding voor de kosten van medische behandeling van de donor in verband met deze transplantatie, tot drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Eventuele reis- en verblijfskosten worden niet vergoed.

#### **Orgaantransplantatie (ontvanger)**

Vergoeding voor de kosten van weefseltypering en transplantatie, na toestemming vooraf.



**Orthodontie**

Vergoeding tot maximaal €2.000 (f 4.407,42) voor gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist voor een verzekerde jonger dan 21 jaar.

**Pacemaker**

Vergoeding voor de kosten van aanschaf van een hartstimulator (pacemaker).

**Pedicure voor diabetici**

Vergoeding voor voetverzorging door een pedicure in het geval verzekerde diabetisch patiënt is.

**Plaswekker**

Vergoeding voor de kosten van een enuresis (plas)wekker.

**Preventieve hulp**

Vergoeding voor baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, prostaatonderzoek (vanaf 45 jaar), inenting tegen hondsdolheid en tetanus, preventief hart- en bloedvatenonderzoek (eenmaal per 24 maanden en tot €125 (f 275,46) per verzekerde) en cholesterolttest. Niet vergoed worden de kosten van geneesmiddelen (inentingen) ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland.

**Pruiken**

Vergoeding tot maximaal €500 (f 1.101,86) voor de kosten die voor eigen rekening blijven bij de aanschaf van een pruik die gedeeltelijk wordt vergoed onder de Regeling Hulpmiddelen van ZN.

**Psoriasis dagbehandeling**

Vergoeding tot maximaal €250 (f 550,93) per kalenderjaar voor de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.

**Psychologische hulp na chemotherapie**

Vergoeding voor 50% tot een maximum van €700 (f 1.542,60) per kalenderjaar van de kosten van behandeling door een eerstelijnspsycholoog na chemotherapie. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Rechtshulp bij een medische fout**

Als door een medische fout bij een behandeling, die op grond van deze verzekering wordt vergoed, een verzekerde schade lijdt, bestaat aanspraak op rechtshulp bij het verhalen van die schade op de aansprakelijke partij. Het maximum van deze aanspraak bedraagt €5000 (f 11.018,55). Deze rechtshulp heeft een subsidiair karakter: de aanspraak bestaat alleen als verzekerde geen aanspraken heeft op grond van een andere verzekering of regeling, al dan niet van oudere datum. Het verzoek tot rechtshulp dient binnen 12 maanden na het ontstaan van de schade te zijn ingediend.

**Revalidatie**

De kosten van revalidatie worden vergoed als deze hulp gezien de handicap als meest doeltreffend is aangewezen en de verzekerde met de hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden. Deze hulp dient te worden gegeven door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist. Het team dient verbonden te zijn aan een instelling voor revalidatie die door de overheid daartoe erkend is. Bij beoordeling van de aanvraag hanteert de verzekeraar de Indicatiestelling Revalidatiezorg van ZN. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Second opinion**

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist dan de behandelend specialist als deze een ingrijpende behandeling heeft voorgesteld.

**Specialist**

Vergoeding voor de kosten van specialistische hulp en bijkomende kosten op verwijzing van de huisarts.

**Sportmedisch advies**

Vergoeding, tot maximaal het enkelvoudig huisartsconsulttarief, voor advies bij een sportblessure door een sportarts of door een Sportmedisch Adviescentrum, eenmaal per verzekerde per kalenderjaar.

**Sterilisatie en abortus**

Vergoeding voor de kosten van sterilisatie en abortus. De kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

**Steunzolen**

Vergoeding voor 50% van de kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar die op voorschrift van een arts door een orthopedisch schoenmaker wordt geleverd.

**Stottertherapie**

Eenmalige vergoeding tot een maximum van €1000 (f 2.203,71) per verzekerde van de behandelkosten van een door de verzekeraar erkend instituut waar stottertherapie wordt gegeven.

**Tandheelkundige hulp – Jeugdandregeling**

Tot een verzekerde de 27-jarige leeftijd bereikt, wordt vergoeding tot een maximum van €500 (f 1.101,86) per kalenderjaar verleend voor 80% van de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste inclusief techniekkosten.

**Tandheelkundige hulp – Jeugdandregeling voor gehandicapten**

Als door een lichamelijke of geestelijke handicap van een verzekerde jonger dan 27 jaar een langere dan gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling nodig is, wordt vergoeding verleend voor 80% van de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste, op basis van het goedgekeurde tarief per behandeluur.

**Tandheelkunde - behandeling door een kaakchirurg**

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een kaakchirurg op verwijzing van huisarts of tandarts, met uitzondering van parodontologische behandeling en voor kosten in verband met implantaten/transplantaten.

**Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

Vergoeding voor tandheelkundige behandelingen in een beperkt aantal bijzondere gevallen. Deze gevallen staan vermeld in de Regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. De regeling is op aanvraag verkrijgbaar. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Therapeutische kampen**

Vergoeding van €5 (f 11,02) per dag per medeverzekerd kind bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Thuisverpleging**

Vergoeding voor de kosten van thuisverpleging ter bekorting of vervanging van een ziekenhuisopname. De vergoeding is maximaal voor 8 uren per etmaal en voor maximaal 100 dagen per kalenderjaar. Vergoeding na toestemming vooraf. Geen vergoeding vindt plaats als een subsidieregeling van toepassing is, of in geval van verpleging bij bevalling en kraamzorg.

**Trombosedienst**

Vergoeding voor de kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

**Verbandmiddelen**

Vergoeding voor de kosten van verbandmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

**Verblijfkosten herstellingsoorden**

Bij verblijf in een door de verzekeraar erkend herstellingsoord wordt de eigen bijdrage volgens de AWBZ vergoed tot maximaal €25 (f 55,09) per dag en maximaal 42 dagen per 36 maanden. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Verpleging**

Vergoeding voor de kosten van verpleging, klinische specialistische behandeling en de bijkomende kosten in de verzekerde klasse.

*Verpleging in een hogere klasse*

Als verpleging plaatsvindt in een hogere klasse dan de verzekerde klasse, wordt niet meer vergoed dan bij verpleging in de verzekerde klasse. Als de verzekering geldt voor klasse 2B of klasse 2A en de verpleging vindt plaats in klasse 2 van een ziekenhuis dat voor de tweede klassenverpleging geen verschillende tarieven kent, zal de verpleging in klasse 2 worden vergoed.

*Verpleging in een lagere klasse*

Als verpleging plaatsvindt in een lagere klasse dan de verzekerde klasse kan de verzekerde aanspraak maken op een vergoeding voor €25 (f 55,09) per dag. Opname in klasse 2 wordt gelijkgesteld aan klasse 2A. Geen vergoeding vindt plaats als de verpleging voor rekening van de AWBZ plaatsvindt, of het ziekenhuis op de betrokken afdeling geen verschillende klassen kent (zoals de afdeling Intensive Care).

**Voedingsadvies**

Vergoeding voor de kosten tot maximaal €120 (f 264,45) per verzekerde per kalenderjaar van voedingsadviezen door een diëtiste op schriftelijke verwijzing van een huisarts of specialist.

**Zelfstandig behandelcentrum**

Vergoeding voor behandeling in een Zelfstandig Behandelcentrum in Nederland. Vergoeding na toestemming vooraf.

**Ziekenhuis**

Zie Verpleging

**Ziekenvervoer**

Vergoeding wordt verleend voor ziekenvervoer als blijkt van de behandelend specialist dit vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Vergoeding wordt verleend bij: ziekenhuisopname en –ontslag, dagverpleging en revalidatiedagbehandeling, niet-klinisch specialistische behandeling. Vervoer kan plaatsvinden per ambulance, taxi, auto, veerboot of helikopter. Bij gebruik van een eigen auto bedraagt de vergoeding het belastingvrije gedeelte per kilometer van de afstand tussen de plaats van vertrek en bestemming. Niet vergoed worden:

ziekenvervoer wegens tijdelijk verlof, ziekenvervoer van en naar een behandeling die vergoed wordt uit de AWBZ, ziekenvervoer van en naar een behandeling die niet wordt vergoed.