



VERZEKERINGEN
lid van de ERGO verzekeringsgroep

Voorwaarden van verzekering Model ZK2001

Inhoudsopgave

| | |
|--|---------|
| Afkortingen en begripsomschrijvingen | pag. 3 |
| Grondslag | pag. 6 |
| Strekking | pag. 6 |
| Aanmelding en acceptatie | pag. 6 |
| Premie | pag. 6 |
| Begin, duur en einde van de verzekering | pag. 7 |
| Wijziging van premie of voorwaarden | pag. 7 |
| Indienen van nota's | pag. 8 |
| Betaling van vergoeding | pag. 8 |
| Eigen risico | pag. 8 |
| Melding bij opname | pag. 8 |
| Verhaalsrecht | pag. 9 |
| Samenloop met andere verzekeringen | pag. 9 |
| Persoonsregistratie | pag. 9 |
| Klachten | pag. 9 |
| Verzekering via de werkgever | pag. 9 |
| Kosten die niet worden vergoed | pag. 9 |
| Omvang van de dekking | pag. 10 |
| Buitenland | pag. 15 |
| Surplus zorgverzekering | pag. 16 |
| Basis tandartskostenverzekering | pag. 18 |
| Goed gebitverzekering | pag. 18 |
| Premievrijstelling bij overlijden | pag. 19 |
| Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid | pag. 19 |

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 |
| BTV | : Basis tandartskostenverzekering |
| CTG | : College voor Tarieven in de Gezondheidszorg |
| GGV | : Goed gebitverzekering |
| 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 |
| SZV | : Surplus zorgverzekering |
| UPT | : Uniforme Particuliere Tandartstarieven |
| WBJOZ | : 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, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp als noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

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.

Surplus zorgverzekering (SZV)

Facultatief aanvullende verzekering als omschreven onder 20.

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.

Verloskundige

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

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 reden 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, buitengerechtigde 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.

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.
- f. Een eigen risico is niet van toepassing op kraamzorg in natura. Een eigen risico is ook niet van toepassing op eventueel gesloten aanvullende verzekeringen: de Surplus zorgverzekering (SZV), de Basis tandartskostenverzekering (BTV), de Goed gebitverzekering (GGV).

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 zonnodig 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 voorzover 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, mouterij).

18 Omvang van de dekking

(op alfabetische volgorde)

De dekking omvat de volgende vergoedingen:

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 f 60,- (vanaf 01-01-2002: € 30) vergoed.

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

Bevalling

Vergoeding voor de kosten van een bevalling in een ziekenhuis of polikliniek, en verloskundige hulp inclusief voor- en nazorg bij thuisbevalling.

Bevallingsuitkering

- a. Bij bevalling thuis wordt een uitkering verleend van f 2.200,- (vanaf 01-01-2002: € 1.000)

- b. Bij poliklinische bevalling of bevalling in een kraaminrichting wordt een uitkering verleend van f 1925,- (vanaf 01-01-2002: € 875)
- c. Bij ziekenhuisopname wordt een uitkering verleend van f 2.200,- (vanaf 01-01-2002: € 1.000) onder aftrek van f 275,- (vanaf 01-01-2002: € 125) per in rekening gebrachte opnamedag.

Kraamzorg in natura

Verzekerde kan in plaats van de bevallingsuitkering kiezen voor kraamzorg in natura thuis. De aanvraag hiervoor moet vier maanden van tevoren bij de verzekeraar binnen zijn. Het aantal uren kraamzorg is maximaal 54, verspreid over maximaal 10 dagen. Is er voor kraamzorg in natura gekozen en doet zich binnen een periode van acht dagen na de bevalling alsnog een opname voor, dan wordt voor elke opnamedag zes uur kraamzorg in mindering gebracht.

Kraampakket

Bij de aanvraag voor kraamzorg in natura wordt een kraampakket verstrekt.

Gezonde zuigeling

Vergoeding voor de kosten van verblijf van de (gezonde) baby die bij de moeder in het ziekenhuis verblijft. Vergoeding vindt plaats volgens het tarief 'gezonde zuigeling', en zolang de verzekeraar de verpleegkosten voor de moeder vergoedt, en totdat de baby drie maanden oud is.

Gezonde moeder

Vergoeding voor de kosten van verblijf van de (gezonde) moeder die bij de baby in het ziekenhuis verblijft. Vergoeding vindt plaats volgens het tarief 'gezonde moeder', tot maximaal 10 dagen en zolang de verzekeraar de verpleegkosten voor de baby vergoedt.

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.

Erfelijkheidsadviesing

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

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. Indien geïndiceerd door een huisarts of specialist vergoeding voor nogmaals maximaal 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, of kinderfysiotherapeut. Vergoeding voor de kosten van een vervolgbehandeling is alleen mogelijk na toestemming vooraf. 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.

Huisarts

Vergoeding voor het honorarium van de huisarts.

Andere arts

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 f 72,- per dag (vanaf 01-01-2002: € 35) voor een maximum van 28 dagen. Moeten de ouders in verband hiermee ook bij het ziekenhuis overnachten, wordt vergoeding verleend tot f 55,- per nacht (vanaf 01-01-2002: € 25).

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.

Orgaantransplantatie (ontvanger)

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

Orthodontie

Vergoeding voor gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist.

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.

Preventieve hulp

Vergoeding voor baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, prostaatonderzoek (vanaf 45 jaar), inentingen tegen hondsdolheid en tetanus, preventief hart- en bloedvatenonderzoek (eenmaal per 24 maanden en tot f 250,- (vanaf 01-01-2002: € 125) per verzekerde) en cholesteroltest. Niet vergoed worden de kosten van geneesmiddelen (inentingen) ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland.

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 f 10.000,- (vanaf 01-01-2002: € 5000). 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.

Tandheelkundige hulp - Jeugdandregeling

Tot een verzekerde de 21-jarige leeftijd bereikt, wordt vergoeding verleend voor de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiëniste, inclusief techniekkosten tot een maximum van f 750,- per verzekerd kind per kalenderjaar (vanaf 01-01-2002: € 350). Als door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling nodig is, is deze regeling niet van toepassing. Na vooraf verleende toestemming wordt dan 75% van de behandelkosten van een tandarts vergoed 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 f 50,- per dag (vanaf 01-01-2002: € 25).

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).

Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Vergoeding voor de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling, kunstmatige inseminatie of voor de kosten van IVF bij ongewilde kinderloosheid van een vrouwelijke verzekerde jonger dan 41 jaar. Vergoeding na toestemming vooraf. Bij toepassing van IVF worden maximaal drie pogingen vergoed. Per poging geldt een eigen bijdrage van f 800,- (vanaf 01-01-2002: € 400).

Zelfstandig behandelcentrum

Vergoeding voor behandeling in een Zelfstandig Behandelcentrum in Nederland.

Vergoeding na toestemming vooraf.

Ziekenvervoer

Vergoeding wordt verleend voor ziekenvervoer als blijkt een verklaring van de behandelend specialist dit vervoer medisch noodzakelijk is en openbaar vervoer om medische reden 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 (2000: f 0,60) per kilometer van de afstand tussen de plaats van vertrek en bestemming. Niet vergoed worden: ziekenvervoer wegens tijdelijk verlof, ziekenvervoer van en naar een

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

19 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. 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 begrafenis of crematie ter plaatse worden de reiskosten vergoed die gemaakt worden voor het, bijwonen van de begrafenis of crematie door de echtgenoot/partner en familieleden in de eerste en tweede graad. De vergoeding voor reiskosten bedraagt maximaal f 15.000,- (vanaf 01-01-2002: € 7000)
- 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.

20 Surplus zorgverzekering (SZV)

De onderstaande aanvullende verzekering is van kracht als deze door verzekeringnemer is afgesloten en als SZV op het polisblad is vermeld.

SZV Acnébehandeling

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

SZV 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.

SZV Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding tot een maximum van f 1.000,- (vanaf 01-01-2002: € 500) per verzekerde per kalenderjaar van 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.

SZV Besnijdenis

Vergoeding van 80% tot een maximum van f 250,- (vanaf 01-01-2002: € 125) van de kosten van besnijdenis in Nederland door een huisarts of specialist.

SZV Brillenglazen en contactlenzen

Vergoeding tot maximaal f 300,- (vanaf 01-01-2002: € 150) per verzekerde om de 24 maanden voor de kosten van visuscorrigerende brillenglazen of contactlenzen.

SZV Camouflagetherapie

Eenmalige vergoeding voor de materiaal- en leskosten door een camouflagiste tot maximaal f 500,- (vanaf 01-01-2002: € 250).

SZV Elektrische epilatie

Eenmalige vergoeding tot een maximum van f 500,- (vanaf 01-01-2002: € 250) van de kosten van medisch noodzakelijke elektrische epilatie van gezichtsbehaarung.

SZV 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.

SZV Fysiotherapie

Vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijke vervolgbehandelingen fysiotherapie, manuele therapie, Mensendieck of Cesar. Vergoeding na toestemming vooraf.

SZV Geneesmiddelen

Vergoeding voor de meerkosten (bovenlimietprijs) die voor eigen rekening blijven door de Regeling farmaceutische hulp (GVS Systeem).

SZV Gezinszorg

In de eigen bijdrage voor AWBZ-gesubsidieerde gezinszorg verleent de verzekeraar een tegemoetkoming tot f 1.000,- (vanaf 01-01-2002: € 500) per kalenderjaar voor alle verzekerden tezamen.

SZV 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

SZV Hoortoestel

Vergoeding tot maximaal f 1.500,- (vanaf 01-01-2002: € 700) 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.

SZV Invalidenwagen of rolstoel

Eenmalige tegemoetkoming tot maximaal f 1.000,- (vanaf 01-01-2002: € 500) in de aanschafkosten van een invalidenwagen of rolstoel. Vergoeding na toestemming vooraf.

SZV Meerling-uitkering

Voor een tweede en elk volgende levend geboren kind uit dezelfde zwangerschap wordt een extra uitkering verleend van f 500,- (vanaf 01-01-2002: € 250) per kind als het op deze verzekering is meeverzekerd.

SZV Plaswekker

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

SZV Pruiken

Vergoeding tot maximaal f 1.000,- (vanaf 01-01-2002: € 500) voor de kosten die voor eigen rekening blijven bij de aanschaf van een pruik die gedeeltelijk wordt vergoed onder de Regeling Hulpmiddelen van ZN.

SZV Psoriasis dagbehandeling

Vergoeding tot maximaal f 500,- (vanaf 01-01-2002: € 250) per kalenderjaar voor de kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum.

SZV Psychologische hulp na chemotherapie

Vergoeding voor 50% tot een maximum van f 1.500,- (vanaf 01-01-2002: € 700) per kalenderjaar van de kosten van behandeling door een eerstelijnspsycholoog na chemotherapie. Vergoeding na toestemming vooraf.

SZV 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.

SZV Stottertherapie

Eenmalige vergoeding met een maximum van f 2.000,- (vanaf 01-01-2002: € 1000) per verzekerde van de behandelkosten van een door de verzekeraar erkend instituut waar stottertherapie wordt gegeven.

SZV Therapeutische kampen

Vergoeding van f 11,- (vanaf 01-01-2002: € 5) per dag per medeverzekerd kind bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen. Vergoeding na toestemming vooraf.

SZV Verblijfkosten herstellingsoorden

Bij verblijf in een door de verzekeraar erkend herstellingsoord wordt de eigen bijdrage volgens de AWBZ vergoed tot maximaal f 50,- (vanaf 01-01-2002: € 25) per dag en maximaal 42 dagen per 36 maanden. Vergoeding na toestemming vooraf.

SZV Voedingsadvies

Vergoeding voor de kosten tot maximaal f 250,- (vanaf 01-01-2002: € 120) per verzekerde per kalenderjaar van voedingsadviezen door een diëtiste op schriftelijke verwijzing van een huisarts of specialist.

21 Basis tandartskostenverzekering (BTV)

De onderstaande aanvullende verzekering is van kracht als deze door verzekeringnemer is afgesloten en als BTV op het polisblad is vermeld.

Vergoeding van het vermelde percentage van het UPT-tarief dat door de tandarts of mondhygiëniste in rekening mag worden gebracht.

| UPT-code | Behandeling | Vergoeding |
|-----------|-------------------------------|------------------------|
| C10/C20 | Periodieke controle | 100% |
| C21 | Kleine verrichting | 100% |
| C30 | Eerste bezoek nieuwe patiënt | 100% |
| M50/55/59 | Gebitsreiniging | 100% |
| H10/15 | Extractie | 100% |
| H42/43/44 | Apex-resectie | 100% |
| X10 | Röntgenfoto | 100% |
| A10 | Verdoving | 80% |
| V10 | Pitvulling | 80% |
| V11 | Eénvlaksrestauratie | 80% |
| V12 | Tweevlaksrestauratie | 80% |
| V13 | Drievlaksrestauratie | 80% |
| V14 | Kroon van plastisch materiaal | 80% van het V13-tarief |
| V20/21 | Etsen | 80% |
| E10/20 | Wortelkanaalbehandeling | 80% |
| E15/25 | Wortelkanaalbehandeling | 80% |
| E70 | Insluiten medicament | 80% |

Behandelingen met een C-code of een M-code worden niet meer dan tweemaal per kalenderjaar vergoed.

22 Goed gebitverzekering (GGV)

De onderstaande aanvullende verzekering is van kracht als deze door verzekeringnemer is afgesloten en als GGV op het polisblad is vermeld.

Vergoeding wordt verleend tot in totaal een maximum van f 2.500,- (vanaf 01-01-2002: € 1.250) per verzekerde per kalenderjaar voor:

- 80% van het UPT-tarief dat door de tandarts in rekening mag worden gebracht voor alle behandelingen
- 80% van de rechtsgeldige tarieven voor techniekkosten.

Behandelingen die onnodig kostbaar of tandheelkundig ondoelmatig zijn worden niet vergoed. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van implantaten, transplantaten en chirurgische parodontologie.

23 Premievrijstelling bij overlijden

De onderstaande aanvullende verzekering is van kracht als deze door verzekeringnemer is afgesloten en op het polisblad is vermeld.

Als de verzekeringnemer komt te overlijden voor de 65-jarige leeftijd en een kind op de polis is meeverzekerd, wordt de polis 12 maanden vrijgesteld van premie, vanaf de eerstvolgende premievervaldatum (let op: de vrijstelling geldt niet voor de wettelijke bijdragen).

24 Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

De onderstaande aanvullende verzekering is van kracht als deze door verzekeringnemer is afgesloten en op het polisblad is vermeld.

Als de verzekeringnemer volledig (80%-100%) arbeidsongeschiktheid is en een kind op de polis is meeverzekerd, wordt de polis 12 maanden vrijgesteld van premie, vanaf de eerstvolgende premievervaldatum (let op: de vrijstelling geldt niet voor de wettelijke bijdragen). De arbeidsongeschiktheid moet worden aangetoond door middel van een beschikking van de Uitvoeringsinstelling of bevestiging van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar.