

Polisvoorwaarden 2005

Pro Life Selectpolis

Geachte verzekerde,

Dit zijn de polisvoorwaarden van de Pro Life Selectpolis. In de polisvoorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene voorwaarden en in de lijst van verstrekkingen. De algemene voorwaarden hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Ook kunt u in de algemene voorwaarden lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvoor bij ons wilt indienen.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde begrippen wordt verstaan.

Lijst van verstrekkingen

In deze lijst vindt u omschreven onder welke voorwaarden uw kosten zijn gedekt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor vergoeding in aanmerking komen.

Uitsluitingen

Hoewel de verzekering natuurlijk in eerste instantie is bedoeld om uw ziektekosten te vergoeden, zijn er toch situaties denkbaar waarin geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn omschreven in de uitsluitingen (artikel 11 van de algemene voorwaarden). Daarnaast kunnen in de lijst van verstrekkingen nog uitsluitingen zijn opgenomen. U vindt die dan onder 'Bijzonderheden'.

Verzekeringsreglement Ziekenfondswet/AWBZ

Uw rechten en plichten in verband met uw hoofdverzekering op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten staan omschreven in ons boekje 'Verzekeringsreglement Ziekenfondswet/AWBZ'. Dit reglement kunt u bij ons aanvragen via onze Klantenservice of onze website. Zie voor meer informatie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

Pro Life Zorgverzekeringen
december 2004

Inhoudsopgave

Algemene voorwaarden	6
1 Begripsomschrijvingen	6
2 Inschrijving aanvullende verzekering	8
3 Bedenktijd	8
4 Premie	9
5 De gevolgen van niet tijdige betaling van premie en overige kosten: schorsing, verrekening en beëindiging	9
6 Dekking	10
7 Extra tandheelkundige dekking	10
8 Pakketwijziging	10
9 Wijziging van de voorwaarden	11
10 Uitsluitingen	11
11 Terrorismedekking	11
12 Toestemming/verwijzing	11
13 Informatieplicht	12
14 Verhaalsrecht verzekeraar	12
15 Vrijwaring van aansprakelijkheid	12
16 Declaraties	12
17 Beëindiging van de verzekering	13
18 Beëindiging van de dekking	13
19 Einde ziekenfonds = einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering	14
20 Registratie van persoonsgegevens	14
21 Fraude	14
22 Geschillen en toepasselijk recht	14
23 Pro Life Zorgservice	15
24 Letselschadeservice	15
25 Ingangsdatum van de polisvoorwaarden	15

Lijst van verstrekkingen

1 Preventie	16
a. Gezondheids cursussen	16
b. Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen	16
c. Anticonceptiva	16
2 Met ziekenhuis samenhangende zorg	17
a. Correctie flaporen	17
b. Ouderverblijf bij opname kind	17
3 Zorg in verband met de geboorte van een kind	17
a. Hormoonpreparaten bij fertiliteitsbehandelingen	17
b. In vitro fertilisatie	18
c. Topkraamzorg	18
d. Extra kraamzorg	18
e. Zwangerschapscursus	18
f. Heupondersteuningsband bij zwangerschap	19
g. Hulp bij borstvoedingsproblemen	19
h. Extra huishoudelijke ondersteuning	19
4 Gezins- en ziekenverzorging	19
a. Vervangende thuisverzorging	19
b. Terminale zorg door vrijwilligers thuis	19
c. Palliatieve zorgverlening	19
5 Hulpmiddelen	20
a. Hoortoestel	20
b. Brillen en/of contactlenzen	20
c. Orthopedisch/allergeenvrij schoeisel	20
d. Steunpessarium	20
e. Plaswekker	20
f. Pruik	21
6 Tandheelkundige hulp	21
a. Tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese)	21
b. Orthodontie	21
c. Volledige uitneembare gebitsprothese	21
d. Kroon- en brugwerk (inclusief implantaten) voor verzekerden tot 18 jaar (na een ongeval)	21
7 Paramedische hulp	22
a. Fysiotherapie	22
b. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	22
8 Alternatieve geneeswijzen	22
9 Psychische hulpverlening	23
a. Eerstelijnspsychologie	23
b. Orthopedagogie	23
c. (Kortdurende) oncologische psychosociale hulp	23
10 Therapieën	23
a. Camouflagetherapie	23
b. Elektrische- of laserepilatie	24
c. Psoriasis therapie	24
d. Stottertherapie	24
e. Warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten	24
f. Podotherapie	24

11 Extra vergoedingen	25
a. Herstellingsoord	25
b. Kuurbehandeling	25
c. Therapeutisch kamp	25
d. Lidmaatschap NPV	25
e. Second opinion	25
f. Vakantiereis Rode Kruis of Zonnebloem	25
g. Verpleegartikelen	26
h. Reiskosten ziekenbezoek	26
i. Overgangsconsulenten	26
j. NPV-levenswensverklaring	26
k. Natuurlijke Familie Planning	26
l. Pedicure bij diabetespatiënten	26
12 Spoedeisende hulp in het buitenland	27
13 Facultatieve dekking tandheelkunde	28
14 Beroepsverenigingen	29

Algemene voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering:

De overeenkomst van zorgverzekering gesloten tussen verzekeringnemer en verzekeraar die recht geeft op de bij deze polisvoorwaarden bepaalde verstrekkingen of vergoedingen. Deze verzekering kan niet worden gesloten zonder dat de verzekeringnemer ook een hoofdverzekering heeft.

Arts:

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

AWBZ:

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts:

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Dbc-tarief:

De kosten van het ziekenhuis, privé-kliniek of vrijgevestigd medisch specialist inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer begrepen het honorarium van de medisch specialist.

Fraude:

Het plegen of trachten te plegen en het doen plegen van valsheid in geschrifte, oplichting/bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden, verduistering.

Gekwalificeerd zorgverlener:

Zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen gesteld door de Nederlandse wet en die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Hoofdverzekering:

De overeenkomst van zorgverzekering (ziekenfondsverzekering) gesloten tussen ziekenfondsverzekeraar de onderlinge waarborgmaatschappij Agis Zorgverzekeringen u.a. en verzekeringnemer.

Huisarts:

Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is geregistreerd als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Inschrijfformulier:

Verzoek tot sluiten van een overeenkomst van zorgverzekering.

Kaakchirurg:

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

Kalenderjaar:

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

Kraamcentrum:

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling die tevens door de verzekeraar is gecontracteerd.

Kraamzorg:

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger.

Letselschadeservice:

De hulp bij het verhalen van persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade.

Medische noodzaak:

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

Mondhygiënist:

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

Ongeval:

Onder ongeval wordt in dit verband verstaan: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Orthodontist:

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

Polisblad:

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering.

Specialist:

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

Tandarts:

Een in Nederland gevestigde tandarts (algemeen practicus), parodontoloog en endodontoloog die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus:

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus die rechtsgeldig de titel van tandprotheticus voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaan dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Verzekeraar:

Pro Life Zorgverzekeringen is onderdeel van Agis Zorgverzekeringen.
De verzekeraar is derhalve Agis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Verzekerden:

De op het polisblad als verzekerden vermelde personen, als en zolang zij zijn:

- de verzekeringnemer (de hoofdverzekerde in het kader van de ziekenfondsverzekering) die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan;
- de meeverzekerden (gezinsleden) in de zin van artikel 4 van de Ziekenfondswet.

Verzekeringnemer:

Degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

Wet BIG:

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Zorgaanspraken:

Verstrekingen of vergoedingen aangaande zorgverlening waar de verzekerde krachtens de aanvullende verzekering recht op heeft.

Zorgverlener:

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die medische, paramedische of alternatieve zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen.

2 Inschrijving aanvullende verzekering

- 1 Degene die een hoofdverzekering heeft gesloten kan zich schriftelijk, telefonisch dan wel via internet inschrijven voor een aanvullende verzekering welke recht geeft op nader omschreven zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) die een aanvulling vormen op de zorgaanspraken krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ.
- 2 De verzekeraar is bevoegd een aspirant-verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren:
 - ingeval een hoofdverzekering of aanvullende verzekering wegens wanbetaling door verzekeraar is beëindigd;
 - als is komen vast te staan dat de verzekeraar of de o.w.m. Agis u.a. in het verleden schade heeft geleden door onrechtmatige gedraging van de aspirant-verzekerde.
- 3 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de verzekeringnemer in het kader van de hoofdverzekering worden aangegaan. Eventuele meeverzekerden zijn dan tevens aanvullend verzekerd.
- 4 De aspirant - verzekeringnemer kan geen aanvullende verzekering afsluiten als voorzienbaar is dat de hoofdverzekering, binnen drie maanden na ontvangst van het inschrijfformulier, wordt beëindigd.
- 5 De verzekering geldt gedurende een kalenderjaar. Wanneer de inschrijving in de loop van het kalenderjaar plaatsvindt dan heeft de verzekering een looptijd vanaf de dag waarop de inschrijving plaatsvindt tot het einde van het betreffende kalenderjaar. De verzekering wordt telkenmale stilzwijgend met een kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze overeenkomst opzegt als bepaald in artikel 17 Beëindiging van de verzekering.
- 6 Als de verzekerde is ingeschreven voor een aanvullende verzekering wordt dat vermeld op het polisblad.
- 7 Als de verzekeraar het inschrijvingsverzoek heeft ontvangen, schrijft deze de verzekerde in per 1 januari volgend op het jaar waarin het inschrijvingsverzoek is ontvangen. Als de verzekerde tegelijkertijd vraagt om inschrijving voor zowel de hoofdverzekering als de aanvullende verzekering, wordt de verzekerde in-geschreven op de dag waarop deze op grond van de hoofdverzekering aanspraak kan maken op verstrekkingen. Deze gelijktijdige inschrijving vindt echter niet plaats als de verzekerde met terugwerkende kracht voor de hoofdverzekering wordt ingeschreven. In dat geval gaat de aanvullende verzekering in op de datum van binnenkomst van het inschrijvingsverzoek. Artikel 2 leden 2 en 4 zijn onverminderd van toepassing.

3 Bedenktijd

- 1 De verzekeringnemer kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat de verzekeraar de eventueel reeds betaalde premie terugstort en de verzekeringnemer is gehouden de eventueel betaalde zorgkosten terug te betalen.
- 2 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan verzekeraar verstrekte mededelingen.

4 Premiebetaling

- 1 De premie wordt vastgesteld door de verzekeraar.
- 2 De verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks bij vooruitbetaling danwel jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen. Indien de verzekeringnemer er voor kiest om de premie maandelijks bij vooruitbetaling te voldoen, dient hij de verzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso, bij gebreke waarvan de verzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening kan brengen. Indien de verzekeringnemer er voor kiest om jaarlijks bij vooruitbetaling de premie te voldoen, kan de verzekeraar de verzekeringnemer een korting op de premie verlenen.
- 3 De premie is verschuldigd vanaf de eerste vervaldag nadat de verzekering van kracht is geworden.
- 4 De premie en administratiekosten zijn verschuldigd op de premieervaldag. Bij maandelijke vooruitbetaling is de premieervaldag de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd. Bij jaarlijkse vooruitbetaling is de premieervaldag de datum vermeld op de acceptgiro.
- 5 Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies en/of administratiekosten niet of niet geheel op de premieervaldag heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig. De nalatige verzekeringnemer wordt eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie en administratiekosten te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekerde is gehouden tot vergoeding van de door de verzekeraar gemaakte incassokosten.
- 6 Indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie en administratiekosten heeft voldaan, is hij rechtens in verzuim.
- 7 Indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten niet op de premieervaldag heeft betaald, is de verzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurd herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-.
- 8 Vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen.
- 9 De verzekeraar kan volledige betaling van de premie weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden.
- 10 Het is een verzekeringnemer niet toegestaan de ingevolge de artikelen 4 en 5 verschuldigde bedragen (die kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, administratiekosten, buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen bedragen.
- 11 Bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalenderjaar waarvoor premie is betaald vindt, behoudens de situatie als bedoeld in artikel 3 lid 1, geen premierestitutie plaats.
- 12 Indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de verschuldigde bedragen.

5 De gevolgen van niet tijdige betaling van premie en overige kosten: schorsing, verrekening en beëindiging

- 1 De verzekeraar is gerechtigd de dekking van de verzekering vanaf het moment dat de verzekeringnemer in verzuim is te schorsen, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen (die kunnen bestaan uit: de verschuldigde premie, de buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en/of de administratiekosten) onverlet laat. De verzekeraar is daarnaast vanaf dat moment gerechtigd over te gaan tot het nemen van incassomaatregelen. De verzekeringnemer is in dat geval gehouden, naast de wettelijke rente, de buitengerechtigde incassokosten ad 15% van de hoofdsom te voldoen.
- 2 De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf moment dat de verzekeringnemer in verzuim is.
- 3 Gedurende de schorsing van de dekking blijft de premie verschuldigd. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de verzekeraar is ontvangen.
- 4 Vanaf het moment dat verzekeringnemer nalatig is, is de verzekeraar gerechtigd de kosten die

verzekeringnemer nog tegoed heeft te verrekenen met door de verzekeringnemer nog verschuldigde bedragen. De verzekeraar is vanaf het moment dat de verzekeringnemer nalatig is tevens gerechtigd al haar verplichtingen op te schorten tot het moment dat de verzekeringnemer alle verschuldigde bedragen aan de verzekeraar heeft betaald.

- 5 Naast een schorsing van de dekking is de verzekeraar gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtigde (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).

6 Dekking

- 1 Als en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de in de lijst van verstrekkingen genoemde kosten gemaakt door verzekerden. De lijst van verstrekkingen beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging). De kosten worden vergoed op basis van het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen verzekeraar en zorgverlener geen overeenkomst is gesloten, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen dan wel in door de verzekeraar vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor ziekenhuizen, hulpmiddelen, fysiotherapie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen.
- 2 De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
- 3 Vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het overeengekomen eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden is bepaald.
- 4 De behandeling moet in Nederland worden gegeven, tenzij in de lijst van verstrekkingen uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorgaanspraken in het buitenland worden vergoed.
- 5 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van de hoofdverzekering als onder de dekking van een aanvullende verzekering en/of een tandartsverzekering dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de hoofdverzekering.
- 6 Als een zorgaanspraak zowel onder de dekking valt van een aanvullende verzekering als onder de dekking van een tandartsverzekering, dan wordt de zorgaanspraak bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de aanvullende verzekering.

7 Extra tandheeskundige dekking

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van tandheeskundige zorg extra worden bijverzekerd. De verzekeraar kan bepaalde dekkingscombinaties uitsluiten. Voor bepaalde tandartsverzekeringen geldt medische acceptatie. De extra verzekering voor kosten van tandheeskundige zorg is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde (hoofdverzekerde in het kader van de ziekenfondsverzekering) worden aangegaan. De extra verzekering geldt dan tevens voor alle meeverzekerden.

8 Pakketwijziging

- 1 De verzekeringnemer heeft eenmaal per jaar - en wel telkens per 1 januari - de gelegenheid om van pakket te veranderen:
 - de aanvullende verzekering kan worden omgezet naar één van de andere pakketten van de verzekeraar;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheeskundige zorg kan worden omgezet naar één van de andere tandartsverzekeringen van de verzekeraar. Voor bepaalde tandartsverzekeringen is medische acceptatie een voorwaarde voor inschrijving;
 - de extra verzekering voor kosten van tandheeskundige zorg kan worden opgezegd;
 - wijzigingen kunnen worden doorgegeven binnen dertig dagen na ontvangst van de dekkings- en polisvoorwaarden voor het komende jaar.
- 2 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in lid 1 bij het eerste punt is er terzake van de termijnen

van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen wijziging in het verzekeringspakket heeft plaatsgevonden. De binnen de genoemde termijnen gedane vergoedingen worden echter wel meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding in het kader van het nieuw afgesloten verzekeringspakket.

9 Wijziging van de voorwaarden

- 1 De verzekeraar kan jaarlijks vóór 1 januari of tussentijds wijzigingen in de voorwaarden en in de lijst van verstrekkingen vaststellen. Deze wijzigingen worden de verzekerde schriftelijk meegedeeld. Bij gebreke van een jaarlijkse nieuwe vaststelling blijven de laatst vastgestelde voorwaarden van kracht.
- 2 Als de verzekeraar de lijst van verstrekkingen wijzigt, verandert dat niets aan de aanspraken op verstrekkingen die de verzekerde heeft gevraagd vóórdat de lijst gewijzigd werd.
- 3 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijzigingen zal de verzekering worden beëindigd na schriftelijk verzoek van de verzekeringnemer, binnen dertig dagen nadat de wijzigingen aan de verzekeringnemer bekend zijn gemaakt. De wijzigingen moeten betrekking hebben op een premieverhoging of op een beperking van de lijst van verstrekkingen. De opzeggingsmogelijkheid ontstaat niet als de verzekeraar gehouden is geweest de wijzigingen door te voeren op grond van een wettelijke regeling of bepaling.
- 4 In het geval de verzekeraar een wijziging in de voorwaarden aanbrengt die betrekking heeft op de termijnen van zorgaanspraken of de hoogte van de vergoeding, dan worden de gedane vergoedingen vóór de wijziging van de voorwaarden meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van de gewijzigde voorwaarden.

10 Uitsluitingen

In de volgende gevallen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt:

- 1 Voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij overeenkomstig de definities daarvan zoals vastgesteld door het Verbond van Verzekeraars in Nederland.
- 2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is en deze behoort te vergoeden.
- 3 Als de verzekerde in het buitenland in een ziekenhuis wordt opgenomen en/of naar Nederland wordt teruggebracht zonder de Agis Alarmcentrale of een Agis Steunpunt in het buitenland te hebben ingeschakeld.
- 4 Indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst (al dan niet van oudere datum), aanspraak kan worden gemaakt op verstrekkingen of vergoedingen, of aanspraak zou kunnen maken als de verzekeringnemer of de verzekerde de aanvullende verzekering niet zou hebben gesloten.

11 Terrorismedekking

In aanvulling op de polisvoorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam gedeponereerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocol afwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponereerd onder nummer 79/2003. Registratie heeft tevens plaatsgevonden bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage op 12 juni 2003 onder nummer 27178761. Op aanvraag verstrekt de maatschappij kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via www.terrorisneverzekerd.nl.

12 Toestemming/verwijzing

- 1 Als dit is aangegeven in de lijst van verstrekkingen, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor de betreffende zorg c.q. de vergoeding van de betreffende zorg bij de verzekeraar te worden aangevraagd.

- 2 De toestemming moet altijd bij de verzekeraar worden aangevraagd vóórdat de zorg wordt genoten. Als de verzekeraar (nog) geen toestemming heeft gegeven, is de verzekeraar niet gehouden de vergoeding of bijdrage uit te keren.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van verstrekkingen, dient er een verwijzing van de huisarts of behandelend specialist te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de verzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.
- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een telefonisch gegeven toestemming van de verzekeraar, als de verzekeraar deze toestemming schriftelijk heeft bevestigd.

13 Informatieplicht

- 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen.
- 2 Mededelingen verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 3 De verzekerde is verplicht al het mogelijke te doen om te zorgen dat de verzekeraar of de medisch adviseur van de verzekeraar alle gewenste inlichtingen krijgt die nodig zijn bij het uitvoeren van de aanvullende verzekering. Als de verzekerde gegevens verstrekt die in strijd zijn met de waarheid, vervalt het recht van de verzekerde op enige verstrekking of vergoeding.

14 Verhaalsrecht verzekeraar

Als de kosten veroorzaakt zijn door toedoen of nalaten van een ander (een zogenoemde aansprakelijke derde), dan is de verzekerde verplicht de verzekeraar hierover te informeren en al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen de kosten op deze derde te verhalen. Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag de verzekerde geen regeling treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar over een verstrekking of vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

15 Vrijwaring van aansprakelijkheid

De verzekeraar is niet aansprakelijk voor de schade die een zorgverlener de verzekerde berokkent door diens doen of nalaten.

TIP

**Maak voor het indienen van nota's altijd gebruik van het declaratieformulier.
Dit bespoedigt de afhandeling.**

16 Declaraties

- 1 De verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten – onder overlegging van de originele nota's – bij de verzekeraar declareren. De declaratie moet bij de verzekeraar worden aangeboden binnen 12 maanden na de behandeldatum. Bepalend voor het recht op vergoeding is de behandeldatum, dan wel de datum van levering en dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als de verzekerde een overschrijding van de hiervoor genoemde termijn in redelijkheid niet is aan te rekenen, kan de verzekeraar van de hiervoor genoemde termijn afwijken.
- 2 De verzekerde ontvangt van de verzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
- 3 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.
- 4 Verzekeraar behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtstreeks declareren door de zorgverlener.
- 5 De verzekeraar betaalt in dat geval de nota aan de zorgverlener. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen danwel indien bepaalde posten vanwege een schorsing van de dekking niet betaald hoefden te worden maar toch aan de zorgverlener betaald zijn, dan wordt bij

de verzekeringnemer deze post in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan de verzekeraar betaald te worden op dezelfde wijze als waarop de premie aan de verzekeraar betaald wordt.

17 Beëindiging van de verzekering

- 1 De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag waarop de hoofdverzekering eindigt.
- 2 De verzekering eindigt bij overlijden van de verzekeringnemer.
- 3 De verzekering eindigt wanneer verzekeringnemer ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben en hierop zijn rechten op de hoofdverzekering verliest.
- 4 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer gedurende tenminste twee maanden in verzuim is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, de wettelijke bijdrage, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten). De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen.
- 5 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen wanneer zij schade lijdt door onrechtmatig handelen van de verzekeringnemer of de verzekerde.
- 6 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien verzekerde naar het oordeel van de verzekeraar niet alle inlichtingen verstrekt die de verzekeraar noodzakelijk acht voor een goede uitvoering van de verzekering, of in het geval de verzekerde met opzet een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.
- 7 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeringnemer of de verzekerde zijn verplichting(en) niet nakomt uit hoofde van de overeenkomst van verzekering.
- 8 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien de verzekeraar zich beroept op een verkeerde of onwaarachtige opgave op het aanmeldingsformulier of op een verzwijging van omstandigheden die voor de verzekeraar van zodanig belang zijn dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. De verzekeraar kan de overeenkomst in dat geval met onmiddellijke ingang beëindigen.
- 9 De verzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen indien verzekeringnemer of verzekerde de medewerkers van verzekeraar grovelijk en/of op een maatschappelijk onaanvaardbaar geachte wijze beledigt, bedreigt dan wel handelt op een wijze waardoor zij in de uitoefening van hun werkzaamheden worden belemmerd.
- 10 De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen telkenmale per 31 december (de expiratedatum), met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 11 De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen zonder in acht name van de opzegtermijn, indien de verzekeraar de premie of polisvoorwaarden tussentijds wijzigt. In dat geval dient de verzekeringnemer binnen een termijn van dertig dagen na kennisname van de wijziging de verzekeraar schriftelijk over die opzegging te informeren. De verzekering eindigt dan op de datum waarop de wijziging ingaat.
- 12 De verzekeringnemer kan de overeenkomst niet opzeggen als in lid 10 wordt bedoeld, indien:
 - de wijziging van de premie of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke bepalingen of maatregelen;
 - de wijziging een verlaging van de premie inhoudt bij gelijkblijvende dekking;
 - de wijziging een uitbreiding van de dekking inhoudt bij gelijkblijvende premie;
 - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waar aan de premie is gekoppeld.

18 Beëindiging van de dekking

De dekking eindigt voor de verzekerde afzonderlijk, zodra:

- hij naar het oordeel van verzekeraar niet alle inlichtingen heeft verstrekt die de verzekeraar noodzakelijk acht voor de goede uitvoering van de verzekering;
- hij als meeverzekerd kind in het huwelijk treedt;
- hij overlijdt;
- hij ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben en zijn rechten op de hoofdverzekering verliest.

19 Einde ziekenfonds = einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering

- 1 De inschrijving voor de aanvullende verzekering eindigt op het moment waarop de inschrijving als ziekenfondsverzekerde bij de verzekeraar een einde neemt.
- 2 De extra verzekering voor kosten van tandheelkundige zorg eindigt op het moment waarop de inschrijving als aanvullend verzekerde bij de verzekeraar een einde neemt.

20 Registratie van persoonsgegevens

De verzekeraar legt wanneer verzekeringnemer contact met verzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwikkelen van de (ziektekosten)verzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met verzekeringnemer of verzekerde te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om verzekeringnemer of verzekerde te informeren over de producten en diensten van verzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies/informatie.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor de verkregen en verwerkte persoonsgegevens aan derden waaronder begrepen zorgverleners, herverzekeringsmaatschappijen, medische adviseurs, het Regionaal Indicatie Orgaan en toezichthouders te verstrekken voor zover dat voor de uitvoering van de (ziektekosten)verzekering of voor zover dat voor de uitvoering van overige hiervoor genoemde doelen van verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is. De verzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

Verzekeringnemer of verzekerde kan de verzekeraar verzoeken om verstrekking van een overzicht van verwerkte persoonsgegevens. Verzekeraar zal verzekeringnemer of deelnemer binnen vier weken, mits zij daartoe wettelijk gehouden is, het overzicht verstrekken. Indien er onjuistheden zijn in de door verzekeraar geregistreerde persoonsgegevens, kan de verzekeringnemer of verzekerde de verzekeraar schriftelijk verzoeken tot correctie of verwijdering van deze persoonsgegevens. Voor het verstrekken van bovengenoemd overzicht kan een bijdrage in de kosten worden verlangd.

21 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, bestaat er geen recht op uitkering van vergoeding van kosten. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts worden bij constatering van fraude alle polissen en verzekeringen met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de verzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringmaatschappijen gangbare fraudesignaleringsstelsel.
- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de verzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.
- 4 De verzekerde is verplicht om bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer : 0900 328 24 47.

22 Geschillen en toepasselijk recht

- 1 Op de overeenkomst van aanvullende verzekering is Nederlands recht van toepassing.
- 2 Met klachten over beslissingen van de verzekeraar naar aanleiding van de aanvullende verzekering kan de verzekerde zich wenden tot de directie van de verzekeraar. De verzekerde stuurt dan een brief naar het adres dat is vermeld op de achterzijde van deze polisvoorwaarden.
- 3 Wordt niet binnen een maand na het indienen van de klacht gereageerd door de verzekeraar

of wordt de klacht niet naar tevredenheid opgelost, dan kan de verzekerde zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, telefoonnummer 030 698 83 60, fax 030 698 82 45, www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl.

23 Pro Life Zorgservice

- 1 Pro Life Zorgservice informeert en bemiddelt voor de verzekeringnemer over wachttijden met betrekking tot:
 - Opname in een ziekenhuis;
 - Dagbehandeling in een ziekenhuis;
 - Toegangstijd polikliniek;
 - Poliklinische behandeling;
 - Diagnostisch onderzoek.Pro Life Zorgservice informeert niet over wachttijden voor thuis- en kraamzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.
- 2 De verzekeraar garandeert de verzekeringnemer dat deze voor bepaalde operaties binnen een redelijke termijn wordt geholpen via de Pro Life Zorgservice.
Voor de volgende operaties gelden de volgende maximale wachttijden:
 - Staaroperaties: 13 weken;
 - Dotterbehandelingen: 8 weken;
 - Open hart operaties: 10 weken;
 - Knie- en heupprotheses: 13 weken.
- 3 De garantie voor een maximale wachttijd vangt aan op het moment dat de verzekerde zich bij Pro Life Zorgservice heeft aangemeld of bij een volledige bemiddeling na ontvangst van de door de verzekerde ondertekende machtiging.
- 4 Mocht de verzekeraar niet in staat zijn de operatie binnen de gegarandeerde termijn te regelen, dan vergoedt verzekeraar de beoogde ingreep in een door verzekeraar aangewezen ziekenhuis in binnen- of buitenland. De vergoeding vindt plaats naar Nederlands prijsniveau.

24 Letselschadeservice

- 1 De letselschadeservice verleent hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade:
 - als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval;
 - onder persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.
- 2 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Dit expertisebureau kan u ook bijstaan in het verhalen van uw persoonlijke schade. Informatie vindt u in onze brochure Agis letselschadeservice. U kunt deze brochure aanvragen via onze Klantenservice of via onze website. Zie voor meer informatie de achterzijde van deze polisvoorwaarden.

25 Ingangsdatum polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2005.

Lijst van verstrekkingen

(als bedoeld in artikel 6 van de Algemene voorwaarden)



De kosten worden vergoed op basis van het moment van behandeling door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Als tussen Pro Life en zorgverlener geen tarief is overeengekomen, vergoedt Pro Life genoemde kosten in principe op basis van het rechtsgeldige dan wel gangbare tarief, tenzij in de lijst van verstrekkingen dan wel in door Pro Life vastgestelde reglementen anders wordt bepaald. Er zijn reglementen vastgesteld voor ziekenhuizen, hulpmiddelen, fysiotherapie en ziekenvervoer. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen. Ook zijn de reglementen te raadplegen en te downloaden vanaf internet : www.prolife.nl.

1 Preventie

a Gezondheids cursussen

Omschrijving: volgen en afronden van een (preventieve) cursus ter bevordering van de gezondheid.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie waarmee de Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

b Vaccinatie en/of preventieve geneesmiddelen

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

Zorgverlening: GG&GD, huisarts, tropenpoli, luchthavenpoli, vaccinatiebureau Nederland of een arts genoemd op www.lcr.nl.

Vergoeding: maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vaccinatie in verband met beroepsmatige reizen naar en beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

c Anticonceptiva

1 Anticonceptie pil

Omschrijving: vergoeding van tweede generatie anticonceptiepillen en Cerazette® (minipil) voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig (onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage), benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of specialist (alleen voor de eerste aanschaf is een recept nodig).

Bijzonderheden:

- de volgende tweede generatiepillen worden vergoed: Binordiol®, Lovette®, Microgynon 30®, Microgynon 50®, Mini Pregnon®, Ministat®, Modicon®, Neocon®, Neo Stediril®, Neogynon 21®, Norlevo®, Ovanon®, Stediril 30®, Stediril D®, Trigynon®, Trinordiol® of Trinovum®;
- andere dan hier genoemde anticonceptiepillen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking worden niet vergoed;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2 Overige anticonceptiemiddelen

Omschrijving: vergoeding van overige anticonceptiva voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig (onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage), benodigd aantal voor normaal gebruik per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: huisarts of specialist.

Bijzonderheden:

- het volgende middel wordt vergoed: Depo Provera® (prikpil);
- andere dan de hier genoemde overige anticonceptiemiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking worden niet vergoed;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2 Ziekenhuis en daarmee samenhangende zorg

a Correctie flaporen

Omschrijving: correctie van flaporen bij kinderen tot en met 16 jaar.

Zorgverlening: in een erkend ziekenhuis of ZBC.

Vergoeding: maximaal € 1.500,- van de kostprijs per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend specialist.

Bijzonderheden: vergoeding kan alleen plaats vinden indien de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling niet ouder is dan 16 jaar.

b Ouderverblijf bij opname kind

Omschrijving: bijdrage in de kosten van noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling, in geval van opname van een op de polis verzekerd kind (tot 18 jaar).

Vergoeding: € 10,- per nacht.

Bijzonderheden: recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien ouders en kind bij Pro Life Zorgverzekeringen verzekerd zijn (ziekenfonds of particulier).

3 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a Hormoonpreparaten bij fertiliteitsbehandelingen

Omschrijving: hormoonpreparaten in het kader van een behandeling om zwangerschap tot stand te brengen.

Zorgverlening: (internet)apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding: volledig, onder aftrek van eventuele GVS-bijdrage.

Voorschrift: behandelend arts.

Bijzonderheden: voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de verzekerde dient minstens één kalenderjaar bij Pro Life verzekerd te zijn (ziekenfonds of particulier); de afleverdatum van de geneesmiddelen is bepalend;
- er moet sprake zijn van door een arts vastgestelde mannelijke en/ of vrouwelijke subfertiliteit;
- het moet gaan om een in Nederland gebruikelijke fertiliteitsbehandeling;
- verzendkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

b In vitro fertilisatie

Omschrijving: voor vrouwelijke verzekerden het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's volgens de in vitro fertilisatie methode (IVF), inhoudende de fasen:

- a het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b het afnemen van eicellen;
- c de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d de implantatie van een of meer in de fase, bedoeld onder c ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Zorgverlening: door een Nederlands IVF-centrum met een WBMV- vergunning voor IVF.

Vergoeding: per te realiseren zwangerschap wordt de eerste IVF- poging vergoed tegen maximaal de CTG tarieven voor IVF behandeling.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend specialist.

Bijzonderheden: vergoeding van een IVF- poging kan slechts plaatsvinden:

- onder bepaalde voorwaarden (op te vragen bij Pro Life) en
- indien een verzekerde één kalenderjaar of langer bij Pro Life is verzekerd (ziekenfonds of particulier) en
- indien voor de behandeling een medische indicatie geldt, wat wil zeggen mannelijke en/of vrouwelijke infertiliteit en
- indien andere fertiliteitsmethoden niet tot zwangerschap hebben geleid en
- indien het niet een experimentele behandeling (indicatie of techniek) betreft.

Onder te realiseren zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van meer dan tien weken na de punctie.

c Topkraamzorg

Omschrijving:

- volledig kraampakket;
- vergoeding eigen bijdrage bij kraamzorg thuis.

Bijzonderheden:

- de verzekerde dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum contact op te nemen met de klantenservice: zie voor telefoonnummer achterpagina van deze polisvoorwaarden;
- de verzekerde die gebruik maakt van Topkraamzorg ontvangt een kraampakket in de zesde of zevende maand van de zwangerschap.

TIP

**Bel voor kraamzorg uiterlijk vijf maanden voor de bevalling met de klantenservice.
Zie voor telefoonnummer achterzijde van deze polisvoorwaarden.**

d Extra huishoudelijke ondersteuning na zwangerschap en bevalling voor Pro Life verzekerden

Omschrijving: extra huishoudelijke ondersteuning na zwangerschap en bevalling. Deze hulp is een aanvulling op de kraamzorguren zoals vastgesteld in het indicatieprotocol. Deze hulp dient direct aansluitend op de kraamzorguren verleend te worden.

Zorgverlening: kraamzorginstelling waar ook de kraamzorguren betrokken worden.

Vergoeding: maximaal acht uur, vergoeding 75% tot € 144,-.

Bijzonderheden:

- het totaal van kraamzorguren en extra huishoudelijke hulp tezamen mag het aantal van 64 uren niet overschrijden;
- vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een factuur, waarop de kosten staan vermeld.

e Extra kraamzorg

Omschrijving: uitgestelde kraamzorg door een door de verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum.

Bijzonderheden: er bestaat recht op uitgestelde kraamzorg thuis indien de verzekerde of de baby na bevalling om medische redenen enkele dagen (maar maximaal zes weken) in een ziekenhuis moet blijven. Er bestaat recht op vergoeding van kosten voor maximaal vijf dagen 5-uurs kraamzorg. Dit geldt indien er geen normale kraamperiode mogelijk was.

f Zwangerschapskursus

Omschrijving: het door een vrouwelijke verzekerde volgen en afronden van een zwangerschapskursus.

Zorgverlening: AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie of een andere instantie waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 25,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een (kopie)bewijs van deelname, waarop de kosten staan vermeld.

g Heupondersteuningsband bij zwangerschap

Vergoeding: maximaal € 25,- voor de duur van de verzekering.

Voorschrift: huisarts of specialist.

h Hulp bij borstvoedingsproblemen

Omschrijving: vergoeding van begeleiding door een lactatiekundige van vrouwen met borstvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerde lactatiekundige die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

Vergoeding: consulten, 75% tot maximaal € 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: verloskundige of huisarts.

Bijzonderheden: hulpmiddelen voor borstvoeding komen niet voor vergoeding in aanmerking.

4 Gezins- en ziekenverzorging

a Vervangende thuisverzorging

Omschrijving: vervangende verzorging thuis door vrijwilligers bij vakantie van de mantelzorgers van een gehandicapte of dementerende verzekerde.

Zorgverlening: Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten.

Vergoeding: maximaal 15 dagen per kalenderjaar.

b Terminale zorg door vrijwilligers thuis

Zorgverlening: vrijwilligersorganisatie die is aangesloten bij het steunpunt van de Landelijke Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ).

Vergoeding: maximaal € 115,-.

Bijzonderheden: vergoeding wordt uitsluitend verleend op basis van nota VTZ.

c Palliatieve zorgverlening

Omschrijving: ingeval een verzekerde in een terminale fase niet langer thuis kan worden verpleegd, maar in een instelling.

Vergoeding: maximaal € 34,- per dag gedurende maximaal 13 weken.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van of namens de verzekerde.

5 Hulpmiddelen

a Hoortoestel

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage die bij aanschaf van een hoortoestel op basis van het Reglement Hulpmiddelen verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 35,- per toestel.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als tevens vergoeding krachtens de hoofdverzekering op basis van het Reglement Hulpmiddelen heeft plaatsgevonden.

b Brillen en/of contactlenzen

Omschrijving: brillen en/of contactlenzen met een sterkte van tenminste 2,0 dioptrieën.

Vergoeding: maximaal € 50,- per verzekerde per drie kalenderjaren.

Bijzonderheden:

- voor de berekening van het aantal dioptrieën wordt een eventuele cilinder niet meegeteld;
- het aantal dioptrieën moet uit de nota blijken;
- zonnebrillen, gekleurde contactlenzen zonder sterkte komen niet voor vergoeding in aanmerking.



Als verzekerde van Pro Life kunt u bovendien onbeperkt profiteren van de afspraken tussen Pro Life en Hans Anders en Het Huis Opticiens. Hierdoor kunt u voor een vaste lage prijs een bril en/of contactlenzen aanschaffen:

- enkelvoudige bril voor € 95,- /multifocale bril voor € 135,- uit de gehele montuurcollectie van Hans Anders, of;
- enkelvoudige bril voor € 149,- /multifocale bril voor € 249,- uit de Collectie van Het Huis.
- 15 % korting op maandlenzen bij Hans Anders/15 % korting op alle contactlenzen uit de Collectie van Het Huis.

De kortingsregeling geldt alleen op vertoon van de Pro Life klantenpas in de winkel. De kosten voor brillen en contactlenzen worden via de aanvullende verzekering vergoed volgens de voorwaarden zoals vermeld in artikel Brillen en/of contactlenzen.

c Orthopedisch/allergeenvrij schoeisel

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage die bij aanschaf van orthopedisch/allergeenvrij schoeisel op basis van het Hulpmiddelenreglement verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 25,- per paar.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als tevens vergoeding krachtens de hoofdverzekering op basis van het Hulpmiddelenreglement heeft plaatsgevonden.

d Steunpessarium

Vergoeding: maximaal € 35,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorschrift: behandelend arts.

e Plaswekker

Zorgverlening: leverancier waarmee de Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 80,- voor de duur van de verzekering voor verzekerden vanaf zeven jaar en ouder.

Voorschrift: behandelend (school)arts.

f Pruik

Omschrijving: vergoeding eigen bijdrage die bij aanschaf van een pruik op basis van het Hulpmiddelenreglement verschuldigd is.

Vergoeding: maximaal € 50,- per pruik.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als tevens vergoeding krachtens de hoofdverzekering op basis van het Hulpmiddelen reglement heeft plaatsgevonden.

6 Tandheelkundige hulp

a Tandheelkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese)

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, subfaculteit tandheelkunde, instelling voor jeugd tandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met Pro Life).

Vergoeding: 75% tot maximaal € 115,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).

Bijzonderheden: de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

b Orthodontie

Zorgverlening: orthodontist of tandarts.

Vergoeding: 90% tot maximaal € 750,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien:

- de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- niet vergoed wordt vervanging en/of reparatie van orthodontische apparatuur na onzorgvuldig gebruik.

c Volledige uitneembare gebitsprothese

Zorgverlening: tandarts, subfaculteit tandheelkunde, centrum voor bijzondere tandheelkunde, een instelling voor jeugd tandverzorging of een tandprotheticus (mits deze laatste hiertoe een overeenkomst heeft gesloten met Pro Life).

Vergoeding: eigen bijdrage die op basis van het Reglement Hulpmiddelen verschuldigd is bij de aanschaf van een volledige uitneembare onder- en/of bovenprothese: maximaal € 100,- per verzekerde.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als vergoeding krachtens de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden.

d Kroon- en brugwerk (inclusief implantaten) voor verzekerden tot 18 jaar na een ongeval

Zorgverlening: tandarts, subfaculteit tandheelkunde, centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor jeugd tandverzorging.

Vergoeding: volledig, inclusief techniekkosten, per verzekerde per gebeurtenis.

Bijzonderheden: recht op volledige vergoeding uitsluitend indien:

- a de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Pro Life en door Pro Life wordt toegestaan en
- b de gebitschade een direct gevolg is van een ongeval en
- c de behandeling beperkt blijft tot de frontelementen en
- d de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/ AWBZ en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Bijzonderheden met betrekking tot het onder a tot en met d genoemde:

- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener.
- niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak.
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Pro Life de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WVG vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT).

7 Paramedische hulp

a Fysiotherapie

Omschrijving: fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Zorgverlening: fysiotherapeut.

- Vergoeding:
- door Pro Life gecontracteerde fysiotherapeut: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Pro Life;
 - niet gecontracteerde fysiotherapeut: maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Maximale vergoedingen per behandeling (niet-gecontracteerde fysiotherapeut):

- fysiotherapie: € 20,-;
- fysiotherapie aan huis: € 29,40;
- fysiotherapie in inrichting: € 24,60;
- manuele therapie, kinderfysiotherapie en oedeemtherapie: € 29,40;
- eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek op medische indicatie: € 39,20.

Verwijzing: huisarts of specialist.

- Bijzonderheden:
- een overzicht van gecontracteerde fysiotherapeuten vindt u terug op www.prolife.nl. U kunt hier voor ook contact opnemen met onze Klantenservice, voor het telefoonnummer zie de achterzijde van deze polisvoorwaarden;
 - onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

Omschrijving: oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Zorgverlening: door Pro Life gecontracteerde oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Vergoeding: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en Pro Life.

Verwijzing: huisarts of specialist.

- Bijzonderheden:
- onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
 - op de nota dient de zorgverlener de diagnosecode en de indicatiecode te vermelden.

8 Alternatieve geneeswijzen

Alternatieve geneeswijzen

- Omschrijving:
- chiropractie;
 - homeopathie (klassiek);
 - manuele geneeskunde;
 - Moermantherapie;
 - natuurgeneeswijzen;

- neuraaltherapie;
- orthomanipulatie;
- orthomoleculaire geneeskunde;
- orthopedische geneeskunde;
- osteopathie.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 300,- voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen zoals genoemd in de Taxe Homeopathie van Z-index.

Bijzonderheden:

- homeopathische geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als deze zijn voorgeschreven door de behandelend arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, apotheekhoudende huisarts of (klassiek) homeopaat;
- voedingssupplementen en de homeopathische zelfzorgmiddelen Arnica zalf, VSM Arniflor, VSM SRL gelei komen niet voor vergoeding in aanmerking.

9 Psychische hulpverlening

a Eerstelijnspsychologie

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: maximaal € 272,- per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: huisarts.

b Orthopedagogie

Omschrijving: behandeling van kinderen tot 18 jaar met leer- en opvoedingsproblemen.

Zorgverlening: gekwalificeerd vrijgevestigd orthopedagoog, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van het Werkverband Eigen Praktijk (WEP) van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Verwijzing: (school)arts.

Vergoeding: maximaal € 272,- per verzekerde per kalenderjaar.

c (Kortdurende) oncologische psychosociale hulp

Omschrijving: (kortdurende) oncologische psychosociale hulp.

Zorgverlening: instantie waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: maximaal € 453,- voor de duur van de verzekering.

10 Therapieën

a Camouflagetherapie

Omschrijving:

- lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat of de hals inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke;
- tepelhoftatoeage.

Zorgverlening: gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).

Vergoeding: 75% tot maximaal € 200,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om sterk ontsierende littekens of huidvlekken in gelaat en/of hals.

b Elektrische- of laserepilatie

Omschrijving: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat en/of de hals.

Zorgverlening: • elektrische epilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of door een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die bij de Algemene Nederlandse branche organisatie schoonheidsverzorging (Anbos) staat geregistreerd als gediplomeerd in elektrische epilatie;
• laserepilatie door een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 600,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Verwijzing: behandelend arts.

Bijzonderheden: uit de declaratie moet blijken dat het gaat om ontsierende haargroei in gelaat en/of hals.

c Psoriasis therapie

Omschrijving: intensieve behandeling van ernstige vormen van psoriasis, waarbij alle andere behandelingen ontoereikend zijn gebleken.

Zorgverlening: centrum waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend arts.

d Stottertherapie.

Zorgverlening: het Del Ferro instituut, instituut De Pauw of Instituut Natuurlijk Spreken.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 350,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de huisarts.

e Warmwatergroepstherapie voor reuma- en hartpatiënten

Omschrijving: in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor verzekerden met reuma of een reumatische aandoening of na een hartinfarct.

Zorgverlening: fysiotherapeut, oefentherapeut of een patiëntenvereniging waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend arts.

f Podotherapie en/of steunzolen

Omschrijving: onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels, therapeutische zolen of steunzolen.

Zorgverlening: gekwalificeerd podotherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden, of een orthopedisch instrumentmaker of orthopedisch schoentechnicus waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

11 Extra vergoedingen

a Herstellingsoord

Omschrijving: behandeling in een centrum dat hulp biedt aan personen die na een lichamelijke of psychische ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben.

Zorgverlening: een niet AWBZ-erkend herstellingsoord waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: € 35,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van of namens de verzekerde.

b Kuurbehandeling

Omschrijving: kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoeningen in Nederland of in het buitenland.

Zorgverlening: kuurcentrum waarmee Pro Life afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 700,- per verzekerde per kalenderjaar.

Machtiging: ja, vooraf op aanvraag van de behandelend reumatoloog.

Bijzonderheden:

- privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (en vice versa) of naar een kuuroord in Nederland komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- kosten voor annulering van een kuurbehandeling of voor een annuleringsverzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- kosten kunnen worden gedeclareerd nadat de reis heeft plaatsgevonden tegen overlegging van het betalingsbewijs.

c Therapeutisch kamp

Omschrijving: verblijfkosten in een therapeutisch kamp voor lichamelijk gehandicapte jongeren tot 18 jaar.

Vergoeding: € 5,- per dag, maximaal 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar.

d Lidmaatschap NPV

Omschrijving: gezinslidmaatschap van de landelijk werkzame organisatie Nederlandse Patiëntenvereniging die zich inzet voor de algemene belangen van gebruikers van voorzieningen voor gezondheidszorg en welzijn. De NPV gaat uit van bijbelse waarden en normen.

Vergoeding: volledige vergoeding jaarlidmaatschap gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: de polishouder wordt automatisch lid van de NPV. Het lidmaatschap geldt voor alle meeverzekerden genoemd op de polis. Pro Life Zorgverzekeringen verzorgt de aanmelding en betaalt rechtstreeks de abonnementskosten. Door dit lidmaatschap kunt u tevens gebruik maken van alle andere diensten en services van de NPV.

e Second opinion

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

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

f Vakantiereis Rode Kruis of Zonnebloem

Omschrijving: vaarweek of een vakantiereis van het Rode Kruis of Zonnebloem voor ernstig zieke verzekerden.

Vergoeding: maximaal € 60,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheden: kosten kunnen worden gedeclareerd nadat de reis heeft plaatsgevonden tegen overlegging van een betalingsbewijs.

g Verpleegartikelen

Omschrijving: maximaal zes maanden huur verpleegartikelen aansluitend aan de gratis uitleenperiode door een AWBZ-erkende thuiszorgorganisatie.

Vergoeding: volledig.

h Reiskosten ziekenbezoek

Omschrijving: vervoer in verband met ziekenbezoek aan een (mee)verzekerd gezinslid die is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis) die op een afstand van veertig kilometer of meer gelegen is van het woonadres van het bezoekende gezinslid.

Vergoeding: € 0,20 per kilometer bij gebruik van auto of kosten openbaar vervoer op basis van tweede klasse tot maximaal € 125,-.

Bijzonderheden: voor de bepaling van de afstand wordt uitgegaan van de kortste gebruikelijke route:

- de vergoeding wordt berekend over de totale reisafstand;
- de vergoeding wordt verleend per opgenomen gezinslid ongeacht het aantal bezoekende personen;
- uitsluitend als de totale duur van één opname een aaneengesloten periode van vier weken overschrijdt;
- recht op de bijdrage bestaat uitsluitend als ook het opgenomen gezinslid bij Pro Life Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier).

i Overgangsconsulenten

Omschrijving: begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.

Zorgverlening: gekwalificeerde overgangstherapeut die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women.

Vergoeding: 75% tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

j NPV-Levenswensverklaring

Omschrijving: NPV-Levenswensverklaring is een uiterste wilsbeschikking met betrekking tot medische en verpleegkundige zorg voor situaties waarin de verzekerde zijn wil niet meer zelf kan vormen en uiten.

Vergoeding: eenmalige vergoeding per verzekerde gedurende de looptijd van de polis.

Bijzonderheden: de NPV-Levenswensverklaring kan alleen worden aangevraagd door verzekerden vanaf 16 jaar. De NPV-Levenswensverklaring is aan te vragen bij de NPV te Veenendaal (telefoonnummer: 0318 54 78 88) of Pro Life Zorgverzekeringen (telefoonnummer: 033 422 81 88). NPV brengt de kosten rechtstreeks bij Pro Life in rekening.

k Cursus Natuurlijke Familie Planning

Omschrijving: cursus waarin de verzekerde leert op een natuurlijke manier om te gaan met vruchtbaarheid.

Vergoeding: 75% van de cursuskosten.

Bijzonderheden: vergoeding is eenmalig per echtpaar, de cursus wordt gegeven door consulenten van NPF-Nederland. Het cursusgeld is inclusief inschrijfgeld, hand- en werkboek. Aanmelden voor deze cursus kan via Pro Life Zorgverzekeringen, telefoonnummer: 033 422 81 88.

l Pedicure bij diabetespatiënten

Omschrijving: behandeling van ernstige voetproblemen (diabetische voet) bij diabetes.

Zorgverlening: gediplomeerd pedicure, in bezit van aantekening diabetische voet.

Vergoeding: maximaal € 100,- per verzekerde per kalenderjaar.

12 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal zes maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan hulp die bij vertrek redelijkerwijs niet is te voorzien.

Vergoeding:

- geneeskundige kosten: overeenkomstig de in Nederland geldende voorwaarden. In Nederland van toepassing zijnde eigen risico's en maximumbedragen gelden ook in het buitenland;
- tandheelkundige kosten: 75% tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar (exclusief techniekkosten) als er sprake is van acute pijnklachten;
- ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ambulancevervoer binnen het land van verblijf;
- repatriëring: mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale, volledig, voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van zieke of gewonde verzekerde vanuit het buitenland naar Nederland (anders dan per openbaar vervoer of het vervoermiddel waarmee de reis werd gemaakt), alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding;
- vervoer stoffelijk overschot: mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale: volledig;
- Agis Alarmcentrale: volledig, voor het organiseren van hulpverlening door de Agis Alarmcentrale, telefoonnummer: 020 342 12 12.

Bijzonderheden: de volgende bepalingen zijn van toepassing;

- ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed als de verzekeraar via de Agis Alarmcentrale voor opname, binnen 24 uur na opname, of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, goedkeuring heeft verleend. De verzekeraar kan ook besluiten tot repatriëring;
- de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis worden uitsluitend vergoed voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen;
- geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;
- voor declaratie moet de verzekerde het volledig ingevulde declaratieformulier, samen met de originele nota's indienen;
- vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoersen van munteenheden van verdragslanden vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Voor zover er sprake is van een munteenheid van een niet-verdragsland, geldt de omrekenkoers op de dag waarop verzekeraar de desbetreffende vergoedingen uitkeert;
- de verzekeraar kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden. Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voordat de behandeling plaatsvindt. De verzekeraar zal alleen toestemming geven, als er sprake is van een uitzonderlijke situatie en behandeling in het buitenland naar het oordeel van verzekeraar medisch noodzakelijk is.

Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- het verblijf in het buitenland heeft niet uitsluitend of mede ten doel aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijdport;
- de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;
- als, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering 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. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

Kosten in verband met of ten gevolge van de volgende omstandigheden komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- werkzaamheden waaraan bijzondere arbeids- of bedrijfsgevaaren zijn verbonden;
- de beoefening van alle soorten wintersport, met uitzondering van sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- bergtochten over wegen of terreinen die niet zonder bezwaar voor onge oefenden begaanbaar zijn;
- de beoefening van gevaarlijke sporten;
- deelname aan of voorbereiding voor snelheids-, record- en betrouwbaarheidsritten met motorrijtuigen;

- het gebruik maken van luchtvaartuigen van welke aard dan ook, anders dan als passagier van een voor het openbaar personenvervoer toegelaten vliegtuig;
- het gebruik maken van vaartuigen buitengaats, tenzij hieraan geen bijzondere gevaren zijn verbonden.

TIP

Neem altijd als u naar het buitenland gaat uw Zorgpas met het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: 020 342 12 12.

13 Facultatieve dekking tandheelkunde

Tand Select of Tand Special (alleen indien meeverzekerd)

Omschrijving: tandheilkundige hulp (met uitzondering van orthodontie en de volledige uitneembare gebitsprothese).

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, subfaculteit tandheelkunde, instelling voor jeugd tandzorg, tandprotheticus of een vrijgevestigde mondhygiënist (de twee laatstgenoemden mits deze hiertoe een overeenkomst hebben gesloten met Pro Life).

Vergoeding: een **extra** vergoeding van 75% tot maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien **Tand Select** is meeverzekerd; een **extra** vergoeding van 75% tot maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) indien **Tand Special** is meeverzekerd.

Bijzonderheden: de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien:

- de betreffende tandheilkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ, en de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- vergoed worden behandelingen van een in Nederland gevestigde zorgverlener;
- niet vergoed worden: keuringsrapport, gezondheidsverklaring, niet nagekomen afspraak;
- vergoeding van het honorarium vindt plaats op basis van het door of namens Pro Life met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent Pro Life de genoemde vergoeding op basis van het door de CTG krachtens de WTC vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT).

14 Beroepsverenigingen

Chiropractie

- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
- Dutch Chiropractic Federation (DCF)
- Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
- Stichting Nationaal Register Chiropractoren (SNRC)

Eerstelijnspsychologie

- Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP)
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)

Homeopathie (klassiek)

- Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- Register van Klassiek Homeopaten (NOKH)

Manuele geneeskunde

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)
- Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)

Moermantherapie

- Artsenvereniging voor Niet-Toxische Tumor Therapie.
- Moermanvereniging voor Natuurlijke Kankerbestrijding

Natuurgeneeswijzen

- Artsenvereniging voor biologische en natuurlijke geneeswijzen (ABNG-2000)
- Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG)
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP)
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)

Neuraaltherapie

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

Orthomanipulatie

- Vereniging van Artsen voor Orthomanuele Geneeskunde (VAOMG)
- Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG)

Orthomoleculaire geneeskunde

- Maatschappij ter bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

Orthopedische geneeskunde

- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG)

Osteopathie

- Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF)
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)

Podotherapie

- Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVP)
- Omni Podo Genootschap (OPG)
- Stichting LOOP

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.
Bel telefoonnummer: 033 422 81 88

Schriftelijk

Pro Life Zorgverzekeringen
Postbus 709
3800 AS Amersfoort

Via Internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden op onze site: www.prolife.nl



Belangrijke telefoonnummers

Pro Life klantenservice	033 422 81 88
Pro Life Topkraamzorg	033 422 81 88
Pro Life Zorgservice (wachtlijstbemiddeling)	033 422 81 89
Agis Alarmcentrale	020 342 12 12
Reisdokter	020 342 12 10

Pro Life is een product van Agis Zorgverzekeringen