

Belangrijkste wijzigingen Agis Basispolis Basic en de wijzigingen in de TakeCareNow! aanvullende verzekeringen 2010

Dit document is gemaakt om u te informeren over de belangrijkste wijzigingen in de polisvoorwaarden 2010. Hebt u polisvoorwaarden van een eerder jaar dan adviseren wij u de polisvoorwaarden van 2010 te downloaden, of ze aan te vragen bij onze Klantenservice.



De Agis Klantenservice kunt u bereiken op **0900 86 85** (€ 0,03 p/min).
De polisvoorwaarden, reglementen, lijst met verrichtingen dbc-B segment en tariefsinformatie vindt u op **www.agisweb.nl/polisvoorwaarden**.

Hoe leest u dit document

- Alleen belangrijke wijzigingen zijn opgenomen en kort omschreven. Daar waar dat van belang is, is de volledige tekst opgenomen.
- In het 1e deel beschrijven we de wijzigingen in de Basispolis met betrekking tot het premiebedrag en de algemene voorwaarden, zoals prestatie en omvang van de dekking, premiebetaling en het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico.
- In het 2e deel beschrijven we de wijzigingen in de Basispolis die gaan over de zorgaanspraken. Die wijzigingen kunnen betrekking hebben op de vorm van zorg, de zorgverlener of de wijze waarop de vergoeding van die zorg plaatsvindt (aanspraak op zorg of vergoeding van kosten).
- Aan het eind van deel 2 vindt u een vergoedingenoverzicht van de Basispolis Basic 2010. In dit overzicht vindt u ook de nieuwe eigen bijdragen.
- In deel 3 worden de wijzigingen op de aanvullende verzekeringen beschreven.

Deel 1

Premiebedrag

Het premiebedrag dat u per maand verschuldigd bent in 2010 vindt u op het polisblad. Hierbij is rekening gehouden met een door u gekozen vrijwillig eigen risico en kortingen. Op het polisblad wordt ook de premiegrondslag 2010 vermeld waarop uw premie is gebaseerd.

Algemene voorwaarden

In de volgende onderwerpen zijn belangrijke wijzigingen te melden.

Verplicht eigen risico (art. 12)

- De minister van VWS heeft besloten het verplicht eigen risico te verhogen van € 155,- naar € 165,-. De bedragen voor het vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen niet. Maximaal kunt u nu voor een eigen risico (verplicht en vrijwillig) van € 665,- kiezen.
- Ook voor 2010 maakt Agis gebruik van de mogelijkheid om bepaalde behandelingen, naast de bestaande uitzonderingen, buiten het verplichte eigen risico te laten vallen. Informatie over de behandelingen en de voorkeursaanbieders kunt u vinden op de website of u kunt contact opnemen met Agis Helpt!

Premie en overige financiële verplichtingen (art. 14)

Nieuw in dit artikel is lid 4d en 4f, hieronder vindt u de volledige tekst.

d de wijze van betaling van verschuldigde bedragen, niet zijnde premie, vindt plaats op de bij de zorgverzekeraar bekende en vastgelegde premiebetaalwijze. De zorgverzekeraar kan in voorkomende situaties hiervan afwijken;

f de zorgverzekeraar kan de premiebetaalfrequentie van de nalatige verzekeringnemer met kwartaal, halfjaar of jaarbetaling met terugwerkende kracht aanpassen naar maandbetaling. De premiekorting voor kwartaal, halfjaar of jaarbetaling komt hiermee te vervallen. De nalatige verzekeringnemer wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld;

Geschillenregeling (art. 18)

Nieuw in dit artikel onder lid 2 is dat u de genoemde verzoeken in de Nederlandse taal dient te stellen. Hieronder vindt u de volledige tekst.

- 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze polis genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te zijn gesteld in de Nederlandse taal en gericht te worden aan het Klantbureau van Agis. Voor zover daarbij door de verzekerde in een vreemde taal gestelde stukken worden overlegd, kan de zorgverzekeraar een vertaling daarvan in de Nederlandse taal door een beëdigd vertaler verlangen. De kosten daarvan komen voor rekening van de verzekerde.

Deel 2

In de lijst van verstrekkingen zijn wijzigingen van zorg te melden. Hieronder worden deze behandeld.

2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek

h Zorg bij Trombose

Met betrekking tot de Zorg bij Trombose is een wijziging aangebracht op de aanspraak van zorg. De navolgende punten zijn opgenomen bij Bijzonderheden, aangezien deze zorg vanaf 2010 onder Hulpmiddelen valt (zie tevens Reglement Hulpmiddelen, artikel 5.25).

- het in bruikleen geven van apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde zelf de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- de opleiding door de trombosedienst van de verzekerde, die de apparatuur in gebruik gaat nemen alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen.

k Orgaantransplantatie

De omschrijving van Orgaantransplantatie is aangepast. Het betreft een aanpassing in het land van de transplantatie en de donor. Hier vindt u de volledige Omschrijving van de tekst die is gewijzigd.

- aanspraak bestaat op transplantatie van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een EU/EER land of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerd partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is. Onder de aanspraak vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

3 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Het reglement om voor bepaalde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aanspraak te maken op een persoonsgebonden budget (PGB) is als experiment vanuit overheidswege komen te vervallen. U kunt vanaf 1 januari 2010 geen aanspraak meer maken op dit PGB.

a Eerstelijnspsychologische zorg.

Prestatie: • Het maximale tarief van een zitting bij een niet-gecontracteerde zorgverlener is verhoogd naar € 56,- per zitting.

b Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (ambulante zorg met uitzondering van eerstelijnspsychologische zorg)

Prestatie: • Vergoeding van de kosten indien u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, is gewijzigd naar maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief.

4 Dyslexiezorg bij kinderen

In dit artikel zijn meerdere wijzigingen aangebracht.

- Aanspraak op zorg voor kinderen met ernstige enkelvoudige dyslexie die basisonderwijs volgen, is naast aanvang op 7- en 8-jarige leeftijd uitgebreid met aanvang op 9-jarige leeftijd.
- Als zorgverlener is de kinder- en jeugdpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), toegevoegd.
- Het behandelteam voor dyslexiezorg dient in ieder geval te bestaan uit een remedial teacher en logopedist.
- Vergoeding van kosten bij een niet-gecontracteerde zorgverlener is gewijzigd naar maximaal 80% van het laagst door Agis gecontracteerde tarief.

6 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a In vitro fertilisatie

In dit artikel zijn meerdere tekstuele wijzigingen aangebracht om te verduidelijken welke zorg onder in vitro fertilisatie (IVF) valt. Het gaat hier met name om de definities van een poging en een gerealiseerde zwangerschap. Hieronder vindt u de volledige tekst.

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

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- de implantatie van een of twee in de fase, bedoeld onder 3e bullit, ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

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

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap aanspraak op zorg voor 1e, 2e en 3e IVF-poging.
- niet-gecontracteerde zorg: per te realiseren zwangerschap vergoeding van kosten conform art.7 van de Algemene voorwaarden voor de 1e, 2e en 3e IVF-poging.

Verwijzing: gynaecoloog.

Bijzonderheden:

- hormonale behandeling vormt géén poging, een poging telt pas als een poging indien er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden;
- indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan, en een deel daarvan wordt ingevroren, kunnen deze in een later stadium worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de eerste, tweede of derde IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van tenminste 10 weken na het moment van de follikelpunctie of bij de implantatie van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's een doorgaande zwangerschap van ten minste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie of een doorgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;
- aanspraak op een IVF-poging bestaat slechts indien;
 - voor de behandeling een medische indicatie geldt, dat wil zeggen infertiliteit en;
 - het niet een experimentele behandeling (indicatie of techniek) betreft.

7 Farmaceutische zorg

In de aanspraak op geneesmiddelen zijn een aantal wijzigingen te melden.

- De vergoeding van acetylcysteïne (slijmoplossing longaandoening) wordt niet meer vergoed.
- In het Reglement farmacie zijn wijzigingen aangebracht in het preferentiebeleid. Het Reglement is te downloaden van www.agisweb.nl/polisvoorwaarden of op te vragen bij de Klantenservice.

Kijk voor wijziging in vergoeding van geneesmiddelen waar de overheid voorwaarden aan heeft gesteld in Bijlage 2, de Regeling zorgverzekering van het Reglement Geneesmiddelen.

TIP

Uitgebreide informatie over het farmaciebeleid komt begin 2010 beschikbaar.

8 Hulpmiddelen

Op het gebied van hulpmiddelen zijn dit jaar een aantal wijzigingen. Deze wijzigingen zijn het gevolg van aanpassingen van de Zorgverzekeringswet per 1-1-2010.

Voor de onderstaande hulpmiddelen is een functionele omschrijving gekomen. Dit houdt in dat in de zorgverzekeringswet de hulpmiddelen niet meer specifiek zijn opgesomd, maar zorgverzekeraars de mogelijkheid wordt geboden daar zelf invulling aan kunnen geven.

- uitwendig hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische onderdelen van het menselijk lichaam (was Prothese voor schouder, arm, hand, been of voet, Mammaprothese, Gelaatsprothese, Oogprothesen en Pruiken).
- uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel (was Apparatuur voor positieve uitademingsdruk, Zuurstofapparatuur, Longvibrators, Vernevelaars en Hulpmiddelen voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen).

Agis heeft er voor gekozen de hulpmiddelen waar aanspraak op bestaat te benoemen in het Reglement Hulpmiddelen. Die zijn voor 2010 gelijk aan die van 2009.

De volgende hulpmiddelen zijn als verstrekking toegevoegd, hierbij de volledige tekst:

5.12 h Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) soort beugel bij Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS) problemen

- dit hulpmiddel wordt verstrekt in eigendom;
- dit hulpmiddel wordt aangemeten door een centrum voor bijzondere tandheelkunde of daaraan gelijkgesteld expertisecentrum;
- voorafgaand aan de behandeling is toestemming van Agis nodig;
- de behandelend specialist geeft het voorschrift af.

5.25 Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden

De verzekerde zorg omvat de apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde zelf de stollingstijd van zijn bloed kan meten, nadat hij voor het gebruik van die apparatuur is opgeleid.

- de zelfmeetapparatuur wordt in bruikleen verstrekt;
- voor deze hulpmiddelen is voorafgaande toestemming van Agis nodig;
- de aanvraag moet worden ingediend door de behandelend specialist;
- de apparatuur en bijbehorende cursus dienen geleverd te worden door een trombosedienst.

Verder is van overheidswege het experiment van het Persoonsgebonden Budget (PGB) hulpmiddelen visuele beperking komen te vervallen. U kunt vanaf 1 januari 2010 geen aanspraak meer maken op dit PGB.

TIP

Maakt u gebruik van hulpmiddelen of gaat u die gebruiken, raadpleeg dan het Reglement Hulpmiddelen 2010. U vindt dit Reglement op het www.agisweb.nl/polisvoorwaarden. Het Reglement Hulpmiddelen kunt u ook aanvragen bij onze Klantenservice. Is u niet duidelijk of wijzigingen voor u van belang zijn, neem dan contact op met onze Klantenservice.

11 Mondzorg

De aanspraak op zorg die onder mondzorg valt is ter verduidelijking opgesplitst in meerdere artikelen. Het betreft Bijzondere tandheelkundige zorg, welke is omschreven in de volgende artikelen:

- 11a Implantaten;
- 11b Uitneembare volledige prothese op implantaten;
- 11c Orthodontie in bijzondere gevallen;
- 11d Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

De aanspraak op zorg betreffende bijzondere tandheelkundige zorg blijft gelijk aan 2009.

12 Paramedische zorg

e Logopedie

Bij Bijzonderheden is opgenomen dat tevens een groepsbehandeling logopedie en Integrale Zorg Stotteren en het Hanen-ouderenprogramma tot de aanspraak behoren, indien wordt voldaan aan de door NZa vastgestelde prestatievoorwaarden. Agis heeft een bijlage logopedie opgesteld waarin de vastgestelde prestatievoorwaarden zijn opgenomen. U kunt deze bijlage vinden onder www.agisweb.nl/polisvoorwaarden.

TIP

Maakt u gebruik van zorg of gaat u die op korte termijn gebruiken en het is u na het lezen van deze informatie niet duidelijk of één van de wijzigingen voor u van belang is, neemt u dan contact op met onze Klantenservice, **0900 86 85** (€ 0,03 p/min). Zij staan u graag te woord.

	Agis
Omschrijving	Basispolis Basic Aanspraken en Vergoedingen
Het verplichte eigen risico van € 165,- dat verzekerden van 18 jaar en ouder verschuldigd zijn voor zorg uit de basisverzekering is niet van toepassing op huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, de uitneembare volledige prothese en bijzondere tandheelkunde ⁴ .	Er bestaat aanspraak op zorg bij door Agis gecontracteerde zorgverleners. Met vrijwel alle zorgverleners in Nederland sluit Agis overeenkomsten en u heeft dus geen omkijken naar de rekening, dat regelt Agis voor u. Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgverlener dan krijgt u de kosten vergoed, maar dan kan een deel voor uw eigen rekening komen ¹ .
Huisartsenzorg	
Huisartsenzorg	volledig
Medisch-specialistische zorg en onderzoek	
Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis	volledig
Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of bij een extramuraal werkend specialist	volledig
Plastisch-chirurgische behandelingen in een ziekenhuis	volledig (toestemming vereist ³)
Plastisch-chirurgische behandelingen in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of bij een extramuraal werkend specialist	volledig (toestemming vereist ³)
Audiologische zorg	volledig
Chronisch intermitterende beademing	volledig
Erfelijkheidsonderzoek en advisering	volledig
Zorg bij trombose	volledig
Oncologische aandoeningen bij kinderen	volledig
Dialyse	volledig (toestemming vereist ³)
Organtransplantatie	volledig
Verpleging zonder verblijf	volledig
GGZ	
Eerstelijnspsychologische zorg	8 zittingen per jaar: volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ²)
Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg	volledig
Klinische geestelijke gezondheidszorg (opname)	volledig
Dyslexiezorg	
Ernstige enkelvoudige dyslexie bij kinderen	volledig
Ketenzorg	
Ketenzorg (Diabetes en COPD)	volledig

	Agis
Omschrijving	Basispolis Basic Aanspraken en Vergoedingen
Zorg i.v.m. de geboorte van een kind	
In vitro fertilisatie	per te realiseren zwangerschap 1e, 2e en 3e poging: volledig
Verloskundige zorg	volledig
(Niet-)klinische bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk)	volledig
(Niet-)klinische bevalling en kraambed (niet medisch noodzakelijk)	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ²)
Kraamzorg	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ²)
Farmaceutische zorg	
Geneesmiddelen en dieetpreparaten ⁵	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ² , toestemming vereist ³)
Hulpmiddelen	
Hulpmiddelen	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ² , toestemming vereist ³)
Revalidatie	
Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard	volledig
Ziekenvervoer	
Helikopter- en ambulancevervoer	volledig
Zittend ziekenvervoer	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ² , toestemming vereist ³) 1. taxivervoer - volledig 2. openbaar vervoer - werkelijke kosten 3. eigen vervoer - € 0,25 per km
Mondzorg	
Implantaten	volledig (toestemming vereist ³)
Uitneembare volledige prothese op implantaten	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ² , toestemming vereist ³)
Orthodontie in bijzondere gevallen	volledig (toestemming vereist ³)
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage ² , toestemming vereist ³)
Mondzorg (voor verzekerden tot 22 jaar)	volledig (toestemming vereist ³)
Uitneembare volledige prothesen (kunstgebit)	volledig (excl. wettelijke eigen bijdrage van 25%, toestemming vereist ³)
Kaakchirurgische zorg	volledig (toestemming vereist ³)
Paramedische zorg	
Fysiotherapie (voor verzekerden tot 18 jaar)	niet-chronische aandoening: maximaal 9 behandelingen, indien nodig te verlengen met 9 behandelingen. chronische aandoening (conform bijlage 1): alle medisch noodzakelijke behandelingen.
Fysiotherapie (voor verzekerden vanaf 18 jaar)	chronische aandoening (conform bijlage 1): alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling.
Oefentherapie Cesar/ Mensendieck (voor verzekerden tot 18 jaar)	niet-chronische aandoening: maximaal 9 behandelingen, indien nodig te verlengen met 9 behandelingen. chronische aandoening (conform bijlage 1): alle medisch noodzakelijke behandelingen.
Oefentherapie Cesar/ Mensendieck (voor verzekerden vanaf 18 jaar)	chronische aandoening (conform bijlage 1): alle medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling.
Logopedie	volledig
Ergotherapie	maximaal 10 uur per jaar: volledig
Dieetadvisering	maximaal 4 uur per jaar: volledig
Buitenlanddekking	
Buitenlanddekking	Werelddekking tot maximaal Nederlandse tarief of conform de bepalingen in internationale verdragen

- 1 Informatie over de vergoeding van kosten bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op www.agisweb.nl/polisvoorwaarden onder het kopje 'tarieven'.
- 2 **Wettelijke eigen bijdragen**
 1. eerstelijnspsychologische zorg: € 10,- per zitting;
 2. (niet-)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk: per dag € 31,- (€ 15,50 voor moeder en € 15,50 voor kind) vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 221,- (€ 110,50 voor moeder en € 110,50 voor kind) te boven gaat;
 3. kraamzorg: € 3,90 per uur;
 4. farmacie: GVS bijdrage variabel;
 5. hulpmiddelen:
 - allergeenvrije schoenen tot 16 jaar maximale vergoeding € 253,- per paar en een eigen bijdrage van € 68,-. Vanaf 16 jaar een maximale vergoeding van € 321,- per paar en een eigen bijdrage van € 136,-;
 - geleide- en hulphonden een tegemoetkoming in de gebruikskosten van € 248,46 per kwartaal;
 - hoortoestel maximale vergoeding tot 16 jaar van € 678,- vanaf 16 jaar een maximale vergoeding die afhankelijk is van de gebruikstijd. Bij de eerste aanschaf is deze € 496,50, bij een vervolgaanschaf na 5 jaar € 496,50, na 6 jaar € 587,50 en na 7 jaar € 678,-. Is het hoortoestel opgenomen in een brilmontuur dan wordt het bedrag vermeerderd met € 64,-;
 - lenzen bij een gebruiksduur langer dan één jaar € 51,- per lens, bij een gebruiksduur korter dan één kalenderjaar € 102,50 per kalenderjaar bij gebruik van lenzen voor twee ogen, bij gebruik van lenzen voor één oog bedraagt de bijdrage € 51,- per kalenderjaar;
 - orthopedische schoenen tot 16 jaar € 68,- per paar, 16 jaar en ouder € 136,- per paar;
 - pruiken maximale vergoeding van € 383,-;
 - verbandschoen maximale vergoeding van € 142,50.
 6. zittend ziekenvervoer: € 91,- per jaar;
 7. bijzondere tandheekkunde: gebitsprothese € 125,- per kaak.
- 3 Voor deze verstrekkingen geldt dat u soms vooraf toestemming moet vragen voor de behandeling. De voorwaarden kunt u vinden in de brochure op www.agisweb.nl/polisvoorwaarden onder het kopje 'toestemming vooraf' en in de polisvoorwaarden.
- 4 Agis maakt gebruik van de mogelijkheid kosten buiten het verplichte eigen risico te laten vallen indien de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Welke behandelingen en welke zorgaanbieders dit betreft kunt u vinden op www.agisweb.nl.
- 5 Het preferentiebeleid van Agis is voor 2010 aangepast. Kijk voor meer informatie op www.agisweb.nl/polisvoorwaarden.

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

Deel 3 Wijzigingen in de t@ke 1, t@ke 2 en t@ke 3

Dit is een samenvatting van de belangrijkste wijzigingen in de TakeCareNow! **aanvullende verzekeringen t@ke 1, t@ke 2 en t@ke 3**. Voor al deze wijzigingen geldt **1 januari 2010** als ingangsdatum. Kijk voor meer informatie op www.takecarenow.nl of bel met de TakeCareNow! Klantenservice **0900 202 19 21** (€ 0,03 p/min).

1 Wijzigingen in de aanvullende verzekeringen

- a De vergoeding voor **gezondheid- en zelfmanagementcursussen** is verhoogd. De vergoeding bedraagt:
- | | |
|--------|----------------------------|
| t@ke 1 | maximaal € 50,- per jaar. |
| t@ke 2 | maximaal € 75,- per jaar. |
| t@ke 3 | maximaal € 100,- per jaar. |
- b Nieuw is de verstrekking voor **lifestylecursussen** (overgewicht en stoppen met roken) in de t@ke 1, t@ke 2 en t@ke 3.
De vergoeding bedraagt:
- | | |
|--------|---|
| t@ke 1 | maximaal € 50,- per verzekerde per jaar. |
| t@ke 2 | maximaal € 75,- per verzekerde per jaar. |
| t@ke 3 | maximaal € 100,- per verzekerde per jaar. |
- De bedragen gelden voor zowel de overgewichtcursussen als voor de stoppen met roken cursussen.
- c De vergoeding voor **vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen i.v.m. verblijf in buitenland** is in de t@ke 2 en t@ke 3 verhoogd naar een **volledige vergoeding**.
- d Nieuw is de vergoeding voor **gehoorbeschermers op maat** in de t@ke 1, t@ke 2 en t@ke 3.
De vergoeding bedraagt:
- | | |
|--------|--|
| t@ke 1 | maximaal € 50,- eenmalig per verzekerde. |
| t@ke 2 | maximaal € 75,- eenmalig per verzekerde. |
| t@ke 3 | maximaal € 75,- eenmalig per verzekerde. |
- e Nieuw is de vergoeding voor **Herstel en Balans** in t@ke 2 en t@ke 3. Dit is een revalidatieprogramma voor mensen met kanker.
De vergoeding bedraagt:
- | | |
|--------|--|
| t@ke 1 | maximaal € 600,- eenmalig per verzekerde |
| t@ke 2 | maximaal € 700,- eenmalig per verzekerde |
- f De vergoeding in de t@ke 3 voor **besnijdenis** is opgehoogd naar € 250,-.
- g De vergoeding voor **Pedicure bij diabetes- of reumapatiënten** in de t@ke 2 en t@ke 3 is aangepast naar **pedicure voor diabetische, medische of reumatische voet**. Dit betreft een uitbreiding ten aanzien van vergoeding van kosten voor pedicurebehandeling voor **medische voet** (na voorafgaande toestemming).
- ### 2 Wijzigingen in de aanvullende tandverzekering
- Er zijn **geen wijzigingen** in de vergoedingen van tandverzekeringen voor 2010.