

Trias
Aanvullende verzekeringen 2011
Trias Jong Pakket

Welkom bij Trias

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw Trias Jong Pakket. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruik maken van het trefwoordenregister achterin deze voorwaarden of de inhoudsopgave. Daarnaast hebben wij voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

De daadwerkelijke vergoedingen vindt u onderaan het betreffende zorgartikel in hoofdstuk II. Een aantal zorgvormen is gebundeld, zoals huidbehandelingen, preventie en beweegzorg. De vergoeding voor deze zorgvormen is in de vorm van een budget. De hoogte van de budgetten vindt u terug onderaan het betreffende zorgartikel in hoofdstuk II.

Wat is een budget?

Een budget is een gezamenlijk maximum bedrag voor de in dat budget opgenomen zorg. U hebt binnen het gemaximeerde bedrag vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

U kunt de informatie over uw Trias Jong Pakket ook vinden op www.trias.nl. Natuurlijk kunt u met uw vragen ook telefonisch bij ons terecht. De telefoonnummers zijn hieronder opgenomen.

Met vriendelijke groeten,
Zorgverzekeraar Trias

Belangrijke telefoonnummers:

Klantenservice:	0900 8025 (lokaal tarief) De Klantenservice van Trias heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden. Wij zijn elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.
Aanvragen toestemming:	u kunt uw aanvraag voor toestemming van een behandeling opsturen naar: Zorgverzekeraar Trias Postbus 445 5600 AA Eindhoven
Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders:	0900 8025 (lokaal tarief) Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders is ook te raadplegen in de zorggids via http://www.trias.nl/zorggids .
Trias Alarmcentrale:	+31 (0)183 681 661 (+ = internationaal toegangsnummer)
Vervoer:	opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekenvervoer: 0900 8025 (lokaal tarief)
Zorgadvies en bemiddeling:	0900 8025 (lokaal tarief)

Inhoudsopgave

I.	ALGEMEEN GEDEELTE	4	TRIAS VRIJZEKER	15	
Artikel 1.	Verzekerde zorg	4	Artikel 21.1. SOA preventie	15	
Artikel 2.	Algemene bepalingen	4	Artikel 21.2. Condooms	15	
Artikel 3.	Premie	6	HUIDBEHANDELINGEN	15	
Artikel 4.	Overige verplichtingen	7	Artikel 22. Acnebehandeling	15	
Artikel 5.	Wijziging premie en voorwaarden	8	Artikel 23. Camouflagetherapie	15	
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van het Trias Jong Pakket	8	Artikel 24. Epilatie	15	
Artikel 7.	Klachten en geschillen	8	PSYCHOLOGISCHE ZORG	15	
Artikel 8.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	10	Artikel 25. Eerstelijnspsychologische zorg	15	
II.	TRIAS JONG PAKKET	11	DIABETES	16	
Artikel 9.	Alternatieve zorg	11	Artikel 26. Diabetes testmaterialen	16	
Artikel 10.	Beweegzorg	11	ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN	16	
Artikel 11.	Brillen en contactlenzen	12	Artikel 27. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	16	
Artikel 12.	Anticonceptiemiddelen	12	VERBLIJF	16	
BUITENLAND		13	Artikel 28. Hospice	16	
Artikel 13.	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	13	VERVOER	16	
Artikel 14.	Repatriëring	13	Artikel 29. Vervoer in verband met transplantatie van organen	16	
PREVENTIE		13	MONDZORG	17	
Gezond leven		13	Artikel 30. Tandheelkundige zorg	17	
Artikel 15.	Cursussen	13	Artikel 31. Kronen ten gevolge van een ongeval	17	
Artikel 16.	Gezondheidstest	14	Artikel 32. Orthodontische zorg	17	
Artikel 17.	Gewichtsconsulent	14	III.	BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	18
Advies en begeleiding		14	IV.	TREFWOORDENREGISTER	19
Artikel 18.	Sport Medisch Advies	14			
Artikel 19.	Incontinentiebegeleiding	14			
Vaccinaties		14			
Artikel 20.	Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	14			

I. Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw Trias Jong Pakket geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

1.4. Door wie mag de zorg worden verleend

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Voor een aantal vormen van zorg hebt u geen vrije keuze van zorgaanbieder, maar is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Hieronder vindt u de artikelen waarbij sprake is van gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders:

Artikel 9. Alternatieve zorg

Artikel 10. Beweegzorg (alternatieve bewegingstherapieën)

Artikel 21.1. SOA preventie

Artikel 26. Diabetes testmaterialen

Artikel 28. Hospice

Artikel 29. Vervoer in verband met transplantatie van organen

1.5. Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat wij er zonder verdere navraag uit op kunnen maken tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Spaar uw nota's niet op, maar dien ze direct in. Dat scheelt u en ons in administratie.

1.6. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.7. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen

deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden. Als een verwijzing of voorschrift nodig is, kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van het Trias Jong Pakket plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van het Trias Jong Pakket.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;

- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten) van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als u voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van de kosten) van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is het Trias Jong Pakket pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend.

1.11. Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorisme (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen schadeclaims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering Trias Jong Pakket

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering Trias Jong Pakket. In de artikelen 1 tot en met 8 (hoofdstuk I Algemeen gedeelte) worden de algemene voorwaarden vermeld. In de artikelen 9 tot en met 32 wordt de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken beschreven. De begripsomschrijvingenvindt u in hoofdstuk III, het Trefwoordenregister in hoofdstuk IV.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders.

Deze documenten kunt u vinden op onze website en ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Zorgverzekeraar Trias is een onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw Trias Jong Pakket en binnen de Univé organisatie lopende (schade) verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen sluiten binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode of inzien op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vanaf de ingangsdatum van het Trias Jong Pakket mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen.

Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van het Trias Jong Pakket wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias' en behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van het Trias Jong Pakket, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt het Trias Jong Pakket schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op het Trias Jong Pakket is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt het Trias Jong Pakket op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijn-betalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening.
- 3.3.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250 per maand. Voor bedragen boven de € 250 sturen wij u een

acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling het Trias Jong Pakket te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan het Trias Jong Pakket weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat het Trias Jong Pakket in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2. Wij kunnen administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.5.5. Als wij het Trias Jong Pakket wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van het Trias Jong Pakket;

- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van het Trias Jong Pakket van belang zijn. Dit zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van het Trias Jong Pakket op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van het Trias Jong Pakket in uw nadeel wijzigen, kunt u de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN HET TRIAS JONG PAKKET

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van Trias aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvul-

lende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

Het Trias Jong Pakket wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt het Trias Jong Pakket telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor het Trias Jong Pakket

6.2.1. Zorgverzekering

U kunt het Trias Jong Pakket als aanvulling op een zorgverzekering van Trias sluiten, maar u bent dat niet verplicht. Voor het Trias Jong Pakket geldt geen medische selectie. Wel is er een leeftijdsgrens van toepassing. U kunt het Trias Jong Pakket alleen afsluiten als u 18 jaar of ouder bent en jonger dan 27 jaar.

6.2.2. Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die bij u op de polis staan, kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten.

Heeft één van de volwassen verzekerden op de polis een Trias Jong Pakket dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende verzekering van de andere volwassen verzekerde. Hebben beide volwassen verzekerden op de polis een Trias Jong Pakket afgesloten, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar een Aanvullend Extra Pakket aangevuld met een Tand Uitgebreid Pakket.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2 is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen Trias.

Voorbeeld: U hebt een Aanvullend Totaal Pakket en wijzigt deze verzekering per 1 januari 2011 in een Trias Jong Pakket. U hebt in 2010 een bril aangeschaft. De vergoedingstermijn voor een bril is per twee kalenderjaren. Dit betekent dat u in 2012 weer kosten voor de aanschaf van een bril kunt declareren.

6.3. Einde van rechtswege

6.3.1. Het Trias Jong Pakket eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- Zorgverzekeraar Trias door wijziging of intrekking van zijn

- vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- Zorgverzekeraar Trias stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering Trias Jong Pakket.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van het Trias Jong Pakket hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat het Trias Jong Pakket is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als het Trias Jong Pakket eindigt, omdat wij stoppen met het aanbieden van deze aanvullende verzekering, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voordat het Trias Jong Pakket eindigt, hiervan op de hoogte.

6.3.2. Het Trias Jong Pakket eindigt met ingang van de eerste dag van de kalendermaand, volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 27 jaar bereikt.

Het Trias Jong Pakket wordt omgezet naar een Aanvullend Extra Pakket met Tand Uitgebreid Pakket. U hebt de mogelijkheid een andere aanvullende verzekering te sluiten of de verzekering te beëindigen. U als verzekeringnemer moet dit binnen 30 dagen na ontvangst van de kennisgeving schriftelijk aan ons doorgeven.

6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt het Trias Jong Pakket schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt het Trias Jong Pakket tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering van Trias.

6.4.3. U kunt voor opzegging van het Trias Jong Pakket zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruik maken van de opzeggingservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5. Wanneer kunnen wij het Trias Jong Pakket opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen het Trias Jong Pakket schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledig of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang het Trias Jong Pakket opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

7.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

7.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website.

7.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

ARTIKEL 7. KLACHTEN EN GESCHILLEN

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

7.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

ARTIKEL 8. ZORG- EN WACHTLIJSTBEMIDDELING

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Trias Jong Pakket

ARTIKEL 9. ALTERNATIEVE ZORG

Omschrijving:

alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofie;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

- voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
- voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

2. homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

maximaal € 200 per kalenderjaar

ARTIKEL 10. BEWEEGZORG

Het budget bewegezorg bestaat uit twee onderdelen:

- A. Bewegezorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit noemen we curatieve bewegezorg.
- B. Bewegezorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit noemen we preventieve bewegezorg.

In de onderstaande tekst wordt eerst curatieve bewegezorg toegelicht en daarna preventieve bewegezorg.

Omschrijving:

A. Bij bewegezorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt, moet u denken aan de volgende therapieën:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Omschrijving:

B. Bewegezorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit betreft therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met één van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen.

Wie mag de zorg verlenen:

patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew, astma- of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'organisatie' vindt u een link 'onze leden'.

Het totale budget bewegezorg bedraagt:

maximaal € 600 per kalenderjaar

Bewegezorg is een budget. Dit betekent dat u van de diverse vormen van bewegezorg, zoals genoemd onder de A en B gebruik kunt maken tot het gemaximeerde bedrag per kalenderjaar. Bijvoorbeeld: U start in maart 2011 met behandelingen fysiotherapie. De totale kosten van deze behandelingen bedragen € 200. U hebt dan voor het kalenderjaar 2011 nog € 400 over die u kunt besteden aan bijvoorbeeld haptotherapie.

Bijzonderheden:

1. u hebt recht op vergoeding, tot maximaal uw budget, van de kosten van de eerste twaalf behandelingen als het om behandeling gaat van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vanaf de dertiende behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist en onze toestemming vereist;
2. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het elfde uur. De eerste tien uur komen ten laste van de zorgverzekering;
3. vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;
4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.

ARTIKEL 11. BRILLEN EN CONTACTLENZEN**Omschrijving:**

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren:

opticien of optiekbedrijf.

Wij hebben met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursaanbieders uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril uitzoeken en krijgt u op uw contactlenzen een aantrekkelijke korting. Ga op onze website naar ledenvoordeel voor meer informatie.

Vergoeding:

maximaal € 150 per 2 kalenderjaren

ARTIKEL 12. ANTICONCEPTIEMIDDELEN**Omschrijving:**

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg leveren:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van):

huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding:

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

BUITENLAND

ARTIKEL 13. SPOEDEISENDE ZORG IN VERBAND MET VAKANTIE EN TIJDELIJK VERBLIJF IN HET BUITENLAND

Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's. Wij berekenen deze naar de koers die geldt op de datum waarop de rekening is uitgeschreven.

U kunt gebruik maken van de Trias Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Dit is vooral aan te raden als het om zorg gaat die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

volledig

ARTIKEL 14. REPATRIËRING

Omschrijving:

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland.

Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen:

Trias Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

volledig

Bijzonderheden:

de Trias Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:

- gezond leven;
- advies en begeleiding;
- vaccinaties.

In de onderstaande artikelen worden deze vormen van preventie beschreven.

Gezond leven

ARTIKEL 15. CURSUSSEN

Omschrijving:

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een vereniging die erkend is door het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.oranjekruis.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'organisatie' vindt u een link 'onze leden'.

ARTIKEL 16. GEZONDHEIDSTEST

Omschrijving:

integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat alleen uit de volgende onderzoeken:

- meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage;
- vaststellen gewicht en BMI ('body mass index');
- bloed- en urineonderzoek;
- inspanningstest om uw conditie te bepalen.

Wij hebben met een aantal zorgaanbieders speciale afspraken gemaakt. Hierdoor bent u verzekerd van goede zorg. Ga naar de zorggids op onze website voor onze voorkeursaanbieders.

Bijzonderheden:

1. u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO);
2. de kosten van (preventieve) scans worden niet vergoed.

ARTIKEL 17. GEWICHTSCONSULENT

Omschrijving:

voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtsconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtsconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN).

Op www.gewichtsconsulenten.nl kunt u een gewichtsconsulent bij u in de buurt zoeken.

Advies en begeleiding

ARTIKEL 18. SPORT MEDISCH ADVIES

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

ARTIKEL 19. INCONTINENTIEBEGELEIDING

Omschrijving:

leefadviezen en een medische conclusie voor vrouwen die last hebben van ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen.

De digitale vragenlijst vindt u op:

www.incontinentiezorgservice.nl.

Wordt u toch liever persoonlijk begeleid dan kunt u vervolgens gebruik maken van een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd. De kosten van deze persoonlijke begeleiding komen ten laste van de zorgverzekering. Deze vallen daardoor eventueel onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

Vaccinaties

ARTIKEL 20. PREVENTIEVE VACCINATIES EN GENEESMIDDELEN IN VERBAND MET VAKANTIE

Omschrijving:

voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës of malaria.

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl).

Wij hebben met de GGD'en in Nederland speciale afspraken gemaakt. Zo krijgt u korting op vaccinaties. U krijgt ook korting op artikelen die tijdens een buitenlandse reis van nut kunnen zijn zoals DEET en ORS. Ga op onze website naar ledenvoordeel voor meer informatie.

Het totale budget voor preventie bedraagt:

maximaal € 200 per kalenderjaar

TRIAS VRIJZEKER

ARTIKEL 21.1. SOA PREVENTIE

Omschrijving:

preventief onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).

Wie mag de zorg verlenen:

StiSAN, zie www.stisan.nl of;
CASA, zie www.casa.nl.

Vergoeding:

eenmaal per kalenderjaar

ARTIKEL 21.2. CONDOOMS

Omschrijving:

anticonceptiemiddel dat ook bescherming biedt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).

Wie mag de condooms leveren:

Kring-apotheek, via www.kring-apotheek.nl.

Vergoeding:

maximaal € 20 per kalenderjaar

HUIDBEHANDELINGEN

een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

ARTIKEL 22. ACNEBEHANDELING

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 23. CAMOUFLAGETHERAPIE

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaanomeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 24. EPILATIE

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Verwijsbrief van:

huisarts of medisch specialist.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

maximaal € 300 per kalenderjaar

PSYCHOLOGISCHE ZORG

ARTIKEL 25. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Omschrijving:

diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, psychische aandoeningen/stoornissen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 8 zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Per zitting geldt een eigen bijdrage van € 10. De aanvullende verzekering vergoedt deze eigen bijdrage niet. De vergoeding vanuit het Trias Jong Pakket is een aanvulling op de 8 zittingen uit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen:

gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijns-

psycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Vergoeding:
maximaal € 240 per kalenderjaar

DIABETES

ARTIKEL 26. DIABETES TESTMATERIALEN

Omschrijving:
als u diabetes mellitus type II hebt en geen gebruik maakt van insuline dan kunt u tegen geringe bijbetaling diabetes testmaterialen bij onze voorkeursleveranciers bestellen. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter.

Vergoeding:

- een startpakket, eigen bijdrage € 10
- teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt een eigen bijdrage van € 15

Als u insuline gebruikt dan krijgt u de diabetes testmaterialen vergoed vanuit de zorgverzekering. Zie hiervoor ons Reglement hulpmiddelen.

Wie mag de testmaterialen leveren:
onze voorkeursleveranciers. De voorkeursleveranciers kunt u vinden op de diabetes pagina op onze website. www.trias.nl/diabetes.

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

ARTIKEL 27. REVALIDATIEPROGRAMMA HERSTEL & BALANS®

Omschrijving:
nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen:
instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:
maximaal € 800 per diagnose

VERBLIJF

ARTIKEL 28. HOSPICE

Omschrijving:
het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen:
een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.
Op www.palliatief.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Vergoeding:
maximaal € 30 per dag

VERVOER

ARTIKEL 29. VERVOER IN VERBAND MET TRANSPLANTATIE VAN ORGANEN

Omschrijving:
vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:
een door ons gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Op voorschrift van:
huisarts of medisch specialist.

Toestemming:
u hebt voorafgaande toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Vergoeding:

taxivervoer: volledig
 vervoer per eigen auto: € 0,27 per kilometer

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt jaarlijks opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de prestatiecode C11 voor een eerste jaarlijkse consult.

MONDZORG

ARTIKEL 30. TANDHEELKUNDIGE ZORG

Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten. Hieronder vindt u de tandheelkundige zorg:

- chirurgie (H-codes);
- consulten (C-codes);
- mondhygiëne (M-codes);
- röntgen (X-codes);
- verdoving (A-codes);
- vullingen (V-codes);
- kaakgewrichtsproblemen (gnathologie) (G-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- behandeling van tandvleesproblemen (parodontologie) (T-codes);
- gedeeltelijke plaat- of frameprothesen (P-codes);
- verdoving met lachgas (B-codes);
- endodontische behandeling (wortelkanaal-, pulpabehandeling en bleken) (E-codes).

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Vergoeding:

volledig

Bijzonderheden:

1. de kosten die verband houden met niet nagekomen afspraken (code C90) worden niet vergoed;
2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed.

ARTIKEL 31. KRONEN TEN GEVOLGE VAN EEN ONGEVAL

Omschrijving:

kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval. Onder ongeval verstaan we een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts.

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding:

volledig

ARTIKEL 32. ORTHODONTISCHE ZORG

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

maximaal € 350 voor de hele looptijd van de verzekering

III. Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen Zorgverzekeraar Trias en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering van Trias en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Zorgverzekeraar Trias voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door Zorgverzekeraar Trias, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met Zorgverzekeraar Trias de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorgverzekeraar Trias/Trias: Trias Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 11063955. Zorgverzekeraar Trias is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001040. Zorgverzekeraar Trias is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Zorgverzekeraar Trias aangeduid met "wij" en "ons".

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

IV. Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A			G		
Acceptatie aanvullende verzekeringen	6.2	9	Geneesmiddelen, i.v.m. vakantie	20	14
Acnebehandeling	22	15	Geneesmiddelen, homeopathische,		
Acupunctuur	9	11	antroposofische	9	11
Algemene bepalingen	2	6	Geschillen, klachten en geschillen	7	10
Alternatieve zorg	9	11	Gewichtsconsulent	17	14
Anticonceptie, middelen, anticonceptiepil	12	12	Gezinsdekking	6.2.2.	9
Antroposofie	9	11	Gezondheidstest	16	14
Apotheekhoudend huisarts	12	12	Gezondheidszorgpsycholoog	25	15
Apotheker	12	12			
Auto, vervoer met eigen	29	16	H		
			Haptotherapie	10	11
B			Herstel en Balans, revalidatieprogramma	27	16
Begin, duur en beëindiging van het Trias			Homeopathie	9	11
Jong Pakket	6	8	Hospice	28	16
Begripsomschrijvingen	Hfd. III	18	Huidtherapeut	22, 23, 24	15
Bekkenfysiotherapeut	10	11			
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	8	10	I		
Beweegzorg	10	11	Incontinentiebegeleiding	19	14
Brillen en contactlenzen	11	12	Instelling	29	16
Buitenland	13	13			
			K		
C			Klachten en geschillen	7	10
Camouflagetherapie	23	15	Kronen, kronen t.g.v. een ongeval	30, 31	17
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	10	11			
Chiropractie	10	11	M		
Collectieve overeenkomst	3.2	7	Manuele therapie, manueel therapeut	10	11
Condooms	21.2	15	Mensendieck, oefentherapie	10	11
Contactlenzen	11	12	Mondhygiënist	30	17
Coöperatie	2.7	7	Mondzorg	30, 31, 32	17
Craniosacraaltherapie	10	11			
Cursussen	15	13	N		
			Natuurgeneeswijzen	9	11
D					
Diabetes, diabetes testmaterialen	26	16	O		
			Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	10	11
E			Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/		
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijns- psycholoog	25	15	Mensendieck	10	11
Epilatie	24	15	Oosterse geneeswijzen	9	11
Ergotherapeut, ergotherapie	10	11	Organtransplantatie	29	16
			Orthodontische zorg, orthodontist	32	17
F			Orthomanuele geneeskunde	10	11
Fraude	2.4	6	Osteopathie	10	11
Fysiotherapeut	10	11	Overige verplichtingen	4	8
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck	10	11			

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
P		
Premie	3	7
Preventie	15 t/m 20	13, 14
Psychosociale zorg	25	15
R		
Repatriëring	14	13
Ring, anticonceptie	12	12
S		
SOA test	21.1	15
Spiraaltje	12	12
Spoedeisende zorg in het buitenland	13	13
Sport medisch advies	18	14
T		
Tandheelkundige zorg	30	17
Tandprotheticus	30	17
Taxivervoer	29	16
Toestemming	1	4
Transplantatie van organen, vervoer i.v.m.	29	16
Trias Alarmcentrale	13, 14	13
U		
Uitsluitingen	1.10	5
V		
Vaccinatie i.v.m. vakantie	20	14
Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	13	13
Verplichtingen, overige	4	8
Verwijzing, voorschrift of toestemming	1.8	5
W		
Wachlijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijst- bemiddeling	8	10
Wijziging premie en voorwaarden	5	8
Z		
Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijst- bemiddeling	8	10

