

2010

www.vgz.nl

Voor meer informatie:

0900-8490



VGZ Aanvullende verzekeringen 2010

Verzekeringsvoorwaarden
Bepaalde Aanvullende Verzekering
Uitgebreide Aanvullende Verzekering
Plus Aanvullende Verzekering
en
Tand Goed Pakket
Tand Beter Pakket
Tand Best Pakket

Alle aandacht voor goede zorg

Zorgverzekeraar



Alle aandacht

Belangrijke telefoonnummers:

Klantenservice:	0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.
Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders:	0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever. Een overzicht van de door VGZ gecontracteerde zorgaanbieders is ook te raadplegen via www.vgz.nl/zorggids .
VGZ-Hulpdienst:	+31 (0)70 314 53 80 (+ = internationaal toegangsnummer)
VGZ Kraamzorg:	0900 221 31 41
Vervoer:	opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekenvervoer: 0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.
Zorgadvies en bemiddeling:	0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.

U kunt informatie over uw aanvullende verzekering(en) ook vinden op www.vgz.nl

Leeswijzer:

Deze verzekeringsvoorwaarden hebben betrekking op de aanvullende verzekeringen van VGZ. Hebt u een Beperkte Aanvullende Verzekering, Uitgebreide Aanvullende Verzekering, Plus Aanvullende Verzekering, Tand Goed Pakket, Tand Beter Pakket, Tand Best Pakket afgesloten, kijk dan voor de artikelnummers van de vergoedingen en de voorwaarden in de Inhoudsopgave op pagina 3.

De daadwerkelijke vergoedingen vindt u onderaan het betreffende artikel. Een aantal zorgvormen is gebundeld, zoals huidbehandelingen, preventie, hulpmiddelen, beweegzorg en voetbehandelingen. De vergoeding voor deze zorgvormen is in de vorm van een budget. De hoogte van de budgetten vindt u terug onderaan het betreffende artikel. De verzekeringsvoorwaarden zijn een limitatieve opsomming van de vergoedingen. Alleen de beschreven aanspraken worden vergoed.

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.

Inhoudsopgave

I.	ALGEMEEN GEDEELTE	4	HULPMIDDELEN	18	
Artikel 1.	Verzekerde zorg	4	Artikel 31.	Audiologische hulpmiddelen	19
Artikel 2.	Algemene bepalingen	6	Artikel 32.	Mammaprothese	19
Artikel 3.	Premie	7	Artikel 33.	Pruiken	19
Artikel 4.	Overige verplichtingen	8	Artikel 34.	Steunpessarium	19
Artikel 5.	Wijziging premie en voorwaarden	8	MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	19	
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	9	Artikel 35.	Besnijdenis (medische circumcisie)	19
Artikel 7.	Klachten en geschillen	10	Artikel 36.	Buikwandcorrectie	19
Artikel 8.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	11	Artikel 37.	Ooglidcorrectie	20
II.	BEPERKTE AANVULLENDE VERZEKERING		Artikel 38.	Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	20
	UITGEBREIDE AANVULLENDE VERZEKERING		Artikel 39.	Sterilisatie	21
	PLUS AANVULLENDE VERZEKERING	12	PSYCHOLOGISCHE ZORG	21	
Artikel 9.	Alternatieve zorg	12	Artikel 40.	Eerstelijnspsychologische zorg	21
Artikel 10.	Beweegzorg	12	DIABETES	21	
Artikel 11.	Brillen en contactlenzen	14	Artikel 41.	Diabetes testmaterialen	21
BUITENLAND		14	VOETBEHANDELINGEN	22	
Artikel 12.	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	14	Artikel 42.	Voetverzorging voor de diabetes- of reumatische voet	22
Artikel 13.	Repatriëring	14	Artikel 43.	Podotherapie	22
Artikel 14.	Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	14	Artikel 44.	Steunzolen en therapiezolen	22
PREVENTIE		14	DIEETADVISING	22	
Gezond leven		14	Artikel 45.	Dieetadvising	22
Artikel 15.	Cursussen	15	ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN	22	
Artikel 16.	Gezondheidstest	15	Artikel 46.	Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	22
Artikel 17.	Gewichtsconsulent	15	MANTELZORG	23	
Advies en begeleiding		15	Artikel 47.	Mantelzorgmakelaar	23
Artikel 18.	Sport Medisch Advies	16	Artikel 48.	Respijtzorg (Vervangende mantelzorg)	23
Artikel 19.	Incontinentiebegeleiding	16	VERBLIJF	23	
Artikel 20.	Overgangsconsulente	16	Artikel 49.	Herstellingsoorden en zorghotels	23
Vaccinaties		16	Artikel 50.	Hospice	24
Artikel 21.	Preventieve vaccinaties/geneesmiddelen in verband met vakantie	16	Artikel 51.	Ronald McDonaldhuis/familiehuis	24
GEBOORTEZORG		16	VERVOER	24	
Artikel 22.	Verloskundige zorg	16	Artikel 52.	Vervoer in verband met transplantatie van organen	24
Artikel 23.	Eigen bijdrage kraamzorg	17	MONDZORG	25	
Artikel 24.	Nazorg moeder en pasgeborene	17	Artikel 53.	Gebitsprothesen	25
Artikel 25.	Kraampakket	17	III.	TAND GOED PAKKET	
Artikel 26.	Elektrische borstkolf	17		TAND BETER PAKKET	
Artikel 27.	Lactatiekundig consult	18		TAND BEST PAKKET	26
HUIDBEHANDELINGEN		18	Mondzorg	26	
Artikel 28.	Acnebehandeling	18	Artikel 54.	Tandheelkundige zorg	26
Artikel 29.	Camouflagetherapie	18	Artikel 55.	Orthodontische zorg	27
Artikel 30.	Epilatie	18		55.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar	27
		18		55.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder	27
		18	IV.	BEGRIJSOMSCHRIJVINGEN	28

I. Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor een aantal vormen van zorg heeft VGZ zorgaanbieders gecontracteerd of erkend. Dit betekent dat u in die gevallen recht hebt op vergoeding van de kosten als de zorg verleend wordt door deze zorgaanbieders.

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 VGZ gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betreffende zorgaanbieders afgesproken 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 gecontracteerde of erkende zorgaanbieders. U krijgt in dat geval geen vergoeding als u gebruik maakt van niet-gecontracteerde of niet erkende zorgaanbieders. Hieronder vindt u de artikelen waarbij sprake is van gecontracteerde of erkende zorgaanbieders:

Artikel 10. Preventieve beweegprogramma's (Beweegzorg);
Artikel 41. Diabetes testmaterialen;
Artikel 47. Mantelzorgmakelaar;

Artikel 49. Herstellingsoorden en zorghotels;

Artikel 50. Hospice;

Artikel 52. Vervoer in verband met transplantatie van organen.

1.5. Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

De kosten worden vergoed als u de originele nota opstuurt naar VGZ; 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 er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding VGZ is gehouden. VGZ heeft 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

VGZ heeft 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 VGZ rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaalt en meer vergoedt dan waartoe hij ten opzichte van u gehouden is of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan VGZ. Deze bedragen brengt VGZ later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid, kan VGZ deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8. Verwijzing, voorschrift of machtiging

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of machtiging 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. Als een machtiging nodig is, hebt u voor de zorg vooraf toestemming nodig van VGZ.

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, vraagt deze zorgaanbieder voor u een machtiging aan.

Dit gebeurt volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen VGZ en de betreffende zorgaanbieder.

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij VGZ een machtiging (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 de aanvullende verzekering 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 de aanvullende verzekering.

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 de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan VGZ. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten als gevolg van het niet-nakomen van afspraken met zorgaanbieders;
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van VGZ 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 Zorgverzeke-

ringswet 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 VGZ niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. VGZ hanteert het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Zie www.vgz.nl;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van VGZ;
- (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 uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door VGZ vooraf een machtiging is verleend.

1.11. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, hebt u slechts recht op verzekerde zorg tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

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

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 VGZ schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en).

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

Beperkte Aanvullende Verzekering	hoofdstuk II
Uitgebreide Aanvullende Verzekering	hoofdstuk II
Plus Aanvullende Verzekering	hoofdstuk II
Tand Goed Pakket	hoofdstuk III
Tand Beter Pakket	hoofdstuk III
Tand Best Pakket	hoofdstuk III

Als u een Beperkte Aanvullende Verzekering, Uitgebreide Aanvullende Verzekering of Plus Aanvullende Verzekering hebt afgesloten dan wordt de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken omschreven in de artikelen 9 tot en met 53. Hebt u daarnaast een Tand Goed Pakket, Tand Beter Pakket of Tand Best Pakket dan wordt de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg omschreven in de artikelen 54 en 55.

Als u op grond van de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en VGZ een MiX Aanvullende Verzekering hebt, dan hebt u recht op (de vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in de artikelen 10, 15 tot en met 21, 40 en 45. U hebt in dat geval geen recht op (de vergoeding van de kosten van) deze zorg op grond van de Beperkte Aanvullende Verzekering, Uitgebreide Aanvullende Verzekering of Plus Aanvullende Verzekering.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, is hoofdstuk I Algemeen gedeelte en hoofdstuk IV Begripsomschrijvingen op alle aanvullende verzekeringen van toepassing.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden 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, voorkeursaanbieders;
- verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL.

Deze documenten kunt u vinden op www.vgz.nl en ook telefonisch opvragen, telefoonnummer: 0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.

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). VGZ vordert uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

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

Ook kan VGZ 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).

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

Fraude kan tot gevolg hebben dat VGZ uw aanvullende verzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen beëindigt. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen of andere schadeverzekeringen binnen Univé-VGZ-IZA-Trias sluiten.

VGZ kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

VGZ neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de persoonsregistratie van VGZ. 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 www.vgz.nl of telefonisch opvragen.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mag VGZ:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als hij dit nodig vindt 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. VGZ zal in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken. VGZ neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

Als VGZ uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, 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 VGZ bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze aanvullende verzekering 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 de aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering 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 de aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Verschuldigdheid van premie

U bent als verzekeringnemer premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Een verzekerde met een aanvullende verzekering Tand Goed Pakket, Tand Beter Pakket, Tand Best Pakket betaalt een lagere premie tot hij de leeftijd van 22 jaar bereikt. De hogere premie gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 22^e verjaardag.

Voorbeeld:

U hebt een Tand Beter Pakket en wordt op 1 juli 18 jaar. Vanaf 1 augustus betaalt u premie, maar niet de volledige premie. Vanaf 1 augustus na uw 22^e verjaardag betaalt u de volledige premie.

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 de aanvullende verzekering 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 als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting van 3% op de te betalen premie.
- 3.3.2. VGZ brengt voor betaling per acceptgiro eenmaal per jaar € 6,- kosten in rekening.
- 3.3.3. Een door u als verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen en overige kosten. VGZ kan ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen zonder dat hieraan voor u extra kosten zijn verbonden.

3.4. Vordering

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

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, stuurt VGZ u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan VGZ de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premie-vervaldag 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 VGZ het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. VGZ heeft het recht bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering(en) te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. In geval van acceptatie gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2. VGZ kan administratiekosten, (buiten)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.
- 3.5.3. Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of kosten, hoeft VGZ bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. VGZ heeft het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van VGZ te ontvangen bedragen.

- 3.5.5. Als VGZ de aanvullende verzekering(en) wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigt, heeft VGZ het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekerings-overeenkomst met u te sluiten.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van VGZ;
- medewerking te verlenen aan VGZ, zijn medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de aanvullende verzekering;
- VGZ te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en VGZ in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van VGZ. U moet zich onthouden van handelingen waardoor VGZ kan worden geschaad;
- VGZ zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Wijzigingen zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt VGZ geen enkel risico.

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

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

VGZ heeft het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. VGZ zal u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door VGZ vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als VGZ de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigt, kunt u als verzekeringnemer 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;
- de verhoging van de premie voortvloeit uit het bereiken van de 22 jarige leeftijd door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie gekoppeld is.

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEÏNDIGING VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van VGZ aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgende verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Zorgverzekering

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van VGZ sluiten, maar u bent dat niet verplicht. Voor de Beperkte Aanvullende Verzekering, Uitgebreide Aanvullende Verzekering, Plus Aanvullende Verzekering geldt geen medische selectie.

6.2.2. Gezinsdekking

U als verzekeringnemer en alle verzekerden van 18 jaar en ouder die bij u op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde volwassene op de polis. Heeft een van de volwassen verzekerden op de polis een VGZ Gezin Pakket dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar ook een VGZ Gezin Pakket.

Hebben beide volwassen verzekerden op de polis een VGZ Jong Pakket of een VGZ Vitaal Pakket afgesloten dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar een Uitgebreide Aanvullende Verzekering aangevuld met een Tand Beter Pakket.

6.2.3. Tandheelkundige verzekeringen

6.2.3.1. De aanvullende verzekeringen Tand Goed Pakket, Tand Beter Pakket, Tand Best Pakket kunnen alleen in aanvulling op

de Beperkte Aanvullende Verzekering, Uitgebreide Aanvullende Verzekering, Plus Aanvullende Verzekering worden afgesloten.

6.2.3.2. Er geldt een tandheelkundige selectie voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- bij aanmelding voor een Tand Beter Pakket of Tand Best Pakket;
- bij een wijziging van een tandheelkundige verzekering naar een verzekering met een uitgebreidere dekking.

6.2.4. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan VGZ 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 VGZ.

Voorbeeld: U hebt een Plus Aanvullende Verzekering en wijzigt deze verzekering per 1 januari 2010 in een Uitgebreide Aanvullende Verzekering. U hebt in 2009 een bril aangeschaft. De vergoedingstermijn voor een bril is per twee kalenderjaren. Dit betekent dat u in 2011 weer kosten voor de aanschaf van een bril kunt declareren.

6.3. Einde van rechtswege

6.3.1. De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen.

6.3.2. De aanvullende verzekeringen Tand Goed Pakket, Tand Beter Pakket, Tand Best Pakket eindigen met ingang van de dag waarop de Beperkte Aanvullende Verzekering, Uitgebreide Aanvullende Verzekering, Plus Aanvullende Verzekering eindigen.

U als verzekeringnemer bent verplicht VGZ 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 de aanvullende verzekering(en) hebben geleid of kunnen leiden.

Als VGZ vaststelt dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, stuurt hij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

Als de aanvullende verzekering eindigt omdat VGZ stopt met het aanbieden van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen stelt hij u als verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt hiervan op de hoogte.

6.4. Wanneer kunt u de verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat VGZ uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar heeft ontvangen.

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

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

6.5. Opzegging, ontbinding of schorsing door VGZ

VGZ kan de aanvullende verzekering(en) 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);
- bij het opzettelijk niet, niet-volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de aanvullende verzekering(en) relevante inlichtingen of stukken aan VGZ die tot nadeel voor VGZ (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet VGZ te misleiden of als VGZ geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In dat geval kan VGZ binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. VGZ is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. VGZ kan de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

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 VGZ alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelt. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. VGZ staat 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 www.vgz.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt ze 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.

- 7.1.2. U ontvangt van VGZ 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 formulieren van VGZ

- 7.2.1. Vindt u een formulier van VGZ 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 www.vgz.nl.

- 7.2.2. U ontvangt van VGZ 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 8. ZORG- EN WACHTLIJSTBEMIDDELING

U hebt aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor medisch specialistische, kaakchirurgische of psychologische zorg of enige andere vorm van zorg met een wachttijd door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering(en). Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kunt u een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van VGZ. 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. VGZ bekijkt samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Beperkte Aanvullende Verzekering, Uitgebreide Aanvullende Verzekering, Plus Aanvullende Verzekering

ARTIKEL 9. ALTERNATIEVE ZORG

Omschrijving:

alternatieve zorg bestaat uit:

- behandelingen en consulten door een therapeut die ingeschreven is in het:
 - Register Beroepsbeoefenaren Natuurlijke Gezondheidszorg / RBNG (zie: www.rbng-register.nl);
 - Beroepsregister van Stichting RING (zie: www.ringregister.nl);
 - Register van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders / NVAZ (zie: www.nvaz.nl);
 - Register van de Nederlandse Associatie van Psychotherapeuten / NAP (zie: www.nap-psychotherapie.com);
 - Register van de Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Natuurlijke Behandelwijzen / SRBAG (zie: www.srbag.nl);
- behandelingen en consulten door een arts die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze.De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (BIG).
- homeopatische en/of antroposofische geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een arts zoals bedoeld onder omschrijving, punt 2, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 800 per kalenderjaar

ARTIKEL 10. BEWEEGZORG

Het budget beweegzorg bestaat uit twee onderdelen:

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

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

Omschrijving:

- Bij beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt moet u denken aan de volgende therapieën:
 - fysiotherapie;
 - oedeemtherapie;
 - oefentherapie Cesar/Mensendieck;
 - ergotherapie.

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

- chiropractie;
- osteopathie;
- manuele therapie E.S.;
- (ortho)manuele therapie;
- cranosacraaltherapie;
- haptotherapie;
- ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

- 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, geriatrich fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- 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;
- 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);
- ergotherapie:** ergotherapeut;

5. **chiropractie:** chiropractor die is ingeschreven in het register van de Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;
6. **osteopathie:** osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
7. **manuele therapie E.S.:** manueel therapeut E.S.[®] die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
8. **(ortho)manuele therapie:** orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
9. **cranosacraaltherapie:** cranosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraal Therapie Nederland (RCN);
10. **haptotherapie:** haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
11. **ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn:** adem- en ontspanningstherapeut: die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Een verwijzing is niet noodzakelijk als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie VGZ een contract heeft gesloten.

Maakt u gebruik van de voorkeursaanbieders van VGZ dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of uw klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.vgz.nl

Omschrijving:

- B. Bewegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Hieronder vallen de onderstaande therapieën:
1. preventieve beweegprogramma's;
 2. therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen.

Wie mag de zorg verlenen:

1. voorkeursaanbieders van VGZ. U kunt de voorkeursaanbieders en de programma's die zij bieden vinden op www.vgz.nl;
2. patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew, astma- of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

Beweegzorg is een budget. Dit betekent dat u van de diverse vormen van beweegzorg, zoals genoemd onder A en B gebruik kunt maken tot het gemaximeerde bedrag per kalenderjaar. Bijvoorbeeld: u hebt een Uitgebreide Aanvullende Verzekering. U start in maart 2010 met behandelingen fysiotherapie. De totale kosten van deze behandelingen bedragen € 200. U hebt dan voor het kalenderjaar 2010 nog € 200 budget over dat u kunt besteden aan bijvoorbeeld haptotherapie.

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 200 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 600 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

1. u bent jonger dan 18 jaar:
 - u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. u bent 18 jaar en ouder:
 - u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen als het om behandeling gaat van een aandoening zoals opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. U hebt vanaf de tiende behandeling recht op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing en machtiging vereist van VGZ;
3. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het elfde uur. De eerste tien uur 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.

VGZ heeft met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursaanbieders van VGZ 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 aantrekkelijk korting. Ga naar www.vgz.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

geen vergoeding

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 100 per 2 kalenderjaren

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 150 per 2 kalenderjaren

BUITENLAND

ARTIKEL 12. 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 vergoedt VGZ 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.

De vergoeding betaalt VGZ in euro's uit. VGZ berekent deze naar de koers die gold op de datum waarop de rekening is uitgeschreven.

U kunt gebruik maken van de VGZ-Hulpdienst, telefoonnummer +31 (0)70 314 53 80 (+ = internationaal toegangsnummer). Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

volledig

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

volledig

■ Plus Aanvullende Verzekering

volledig

ARTIKEL 13. 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:

VGZ-Hulpdienst, telefoonnummer +31 (0)70 314 53 80 (+ = internationaal toegangsnummer).

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

volledig

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

volledig

■ Plus Aanvullende Verzekering

volledig

Bijzonderheden:

de VGZ-Hulpdienst bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

ARTIKEL 14. WETTELIJKE BIJDAGEN IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND DAN NEDERLAND

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten voor de in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land. Zoals remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

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:

1. cursussen die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen, zoals cursussen gericht op:
 - de periode rondom de zwangerschap;
 - voeding;
 - stoppen met roken;
2. cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening. Zoals leren omgaan met diabetes, reuma, astma, dementie;
3. cursus eerste hulp bij ongelukken (EHBO);
4. reanimatiecursus.

Wie mag de cursussen verzorgen:

Omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, kraamcentrum, Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD), Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG);

Omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD), Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) of patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NCPF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP);

Omschrijving, punt 3: vereniging die erkend is door het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.oranjekruis.nl;

Omschrijving, punt 4: instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).

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 moet de volgende onderzoeken bevatten: hartslag, bloeddruk, gewicht, BMI ('body mass index'), buikomvang, vetpercentage, inspanningstest, bloedonderzoek, urineonderzoek.

VGZ heeft met een aantal zorgaanbieders speciale aanvullende afspraken gemaakt. Hierdoor bent u verzekerd van goede zorg. Ga naar www.vgz.nl voor de voorkeursaanbieders van VGZ.

Bijzonderheden:

u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO).

ARTIKEL 17. GEWICHTSCONSULENT

Omschrijving:

begeleiding van gezonde mensen met gewichtsproblemen. Daarbij spelen motivering en voedings- en bewegingsvoorlichting een grote rol. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtsconsulent u doorwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent 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. Deze kosten van deze persoonlijke begeleiding komen ten laste van de zorgverzekering en vallen daarvoor eventueel onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

ARTIKEL 20. OVERGANGSCONSULENTE

Omschrijving:

voorlichting aan en advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen:

verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek rondom de overgang.

VaccinatiesARTIKEL 21. PREVENTIEVE VACCINATIES/
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, Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD), een aan een ziekenhuis verbonden Travel Health Clinic, Tropencentrum AMC, Havenziekenhuis Travel Clinic, Airport Medical Services, Vaccinatiepunt, Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gelekoorts registratie heeft. Voor adressen zie www.lcr.nl.

VGZ heeft 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 naar www.vgz.nl/ledenvoordeel voor meer informatie.

Het totale budget voor preventie bedraagt:■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

maximaal € 200 per kalenderjaar

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 500 per kalenderjaar

GEBORTEZORG

Geboortezorg betreft zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

ARTIKEL 22. VERLOSKUNDIGE ZORG

Omschrijving:

vergoeding van het verschil tussen het bedrag dat het ziekenhuis in rekening brengt en de vergoeding die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Als u poliklinisch in het ziekenhuis bevalt zonder medische noodzaak, dan vergoed de zorgverzekering niet alle kosten.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

volledig

ARTIKEL 23. EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG

Omschrijving:

vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering aanspraak kunt maken.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

maximaal € 125

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

volledig

ARTIKEL 24. NAZORG MOEDER EN PASGEBORENE

Omschrijving:

ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10^e dag na de geboorte van het kind gegeven.

Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10^e dag na de geboorte ontslagen wordt. Het kraamzorgcentrum stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Wie mag de nazorg verlenen:

gediplomeerde kraamverzorgende of een verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

maximaal 6 uur verspreid over maximaal 2 dagen

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal 12 uur verspreid over maximaal 4 dagen

ARTIKEL 25. KRAAMPAKKET

Omschrijving:

een kraampakket dat door VGZ, in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via www.vgz.nl of via VGZ Kraamzorg 0900 221 31 41.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

volledig

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

volledig

ARTIKEL 26. ELEKTRISCHE BORSTKOLF

Omschrijving:

huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van een zieke baby. Als u de elektrische borstkolf huurt tijdens een ziekenhuisopname van uw baby, mag de moeder niet tegelijkertijd opgenomen zijn (geweest) in het ziekenhuis.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

maximaal € 110 per bevalling

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 110 per bevalling

ARTIKEL 27. LACTATIEKUNDIG CONSULT

Omschrijving:

vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen:

lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijzing door:

verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vinden op www.vgz.nl. of telefonisch opvragen via telefoonnummer 0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.

Vergoeding:**■ Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 50 per bevalling

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 75 per bevalling

HUIDBEHANDELINGEN

een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

ARTIKEL 28. ACNEBEHANDELING

Omschrijving:

behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acne-littekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Acne.

ARTIKEL 29. CAMOUFLAGETHERAPIE

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Camouflage.

ARTIKEL 30. EPILATIE

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haar-groei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De schoonheidsspecialist moet in het bezit zijn van een diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met het diploma Elektrisch ontharen.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:**■ Beperkte Aanvullende Verzekering**

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 700 per kalenderjaar

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van extra's die te maken hebben met onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

ARTIKEL 31. AUDIOLOGISCHE HULPMIDDELEN

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

VGZ heeft met een aantal leveranciers aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij de voorkeursleveranciers van VGZ uw audiologische hulpmiddelen aan te schaffen dan levert u dat optimaal voordeel op. U kunt de voorkeursleveranciers vinden op www.vgz.nl.

ARTIKEL 32. MAMMAPROTHESE

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van artikelen die worden gebruikt na een borstamputatie zoals plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak en schoonmaakmiddelen.

ARTIKEL 33. PRUIKEN

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van de pruik.

ARTIKEL 34. STEUNPESSARIUM

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

geen vergoeding

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 250 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 500 per kalenderjaar

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

ARTIKEL 35. BESNIJDENIS (MEDISCHE CIRCUMCISIE)

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland.

De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (BIG).

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

geen vergoeding

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 600

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 600

ARTIKEL 36. BUIKWANDCORRECTIE

Omschrijving:

correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aanneemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte (BMI ≤ 30).

Machtiging:

ja, de machtigingsaanvraag moet een brief bevatten van de behandelend medisch specialist die de aard en de omvang van de afwijking vermeldt.

Vergoeding:■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 2.500

Bijzonderheden:

als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit de Plus Aanvullende Verzekering niet.

ARTIKEL 37. OONGLIDCORRECTIE**Omschrijving:**

correctie van de bovenoogleden.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

verlamde of verslakte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als:

- de pupil enigszins bedekt wordt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u ontspannen recht vooruit kijkt, of;
- er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- er aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid bestaat.

Machtiging:

ja, de machtigingsaanvraag moet een brief bevatten van de behandelend specialist die de aard en de omvang van de afwijking vermeldt. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder indicatie, goed zichtbaar is.

Vergoeding:■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 950

ARTIKEL 38. OONGLASERBEHANDELING OF LENSIMPLANTATIE**Omschrijving:**

een tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Implantatie van multifocale lenzen (bijvoorbeeld Restore) wordt niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen:

oogarts.

VGZ heeft met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf nog moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door VGZ getoetst. Ga naar www.vgz.nl/ ledenvoordeel voor meer informatie.

Vergoeding:■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

ARTIKEL 39. STERILISATIE

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van sterilisatie.

wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een bevoegd huisarts.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

geen vergoeding

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

Sterilisatie van de man: maximaal € 800

Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250

■ Plus Aanvullende Verzekering

Sterilisatie van de man: maximaal € 800

Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250

PSYCHOLOGISCHE ZORG

ARTIKEL 40. 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. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Wie mag de zorg verlenen:

gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijnspsychologische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

De kinder- en jeugdpsycholoog is als zodanig ingeschreven bij het NIP. De orthopedagoog-generalist is als zodanig ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

geen vergoeding

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 120 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 360 per kalenderjaar

DIABETES

ARTIKEL 41. 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 de voorkeursleverancier van VGZ bestellen. Het startpakket bestaat uit: tien teststrips, tien lancetten, een prikpen en een bloedglucosemeter.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

een startpakket, eigen bijdrage € 10

teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt

een eigen bijdrage van € 15

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

een startpakket, eigen bijdrage € 10

teststrips met lancetten, per 50 teststrips geldt

een eigen bijdrage van € 15

■ Plus Aanvullende Verzekering

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 het Reglement hulpmiddelen van VGZ.

Wie mag de testmaterialen leveren:

voorkeursleverancier van VGZ. De voorkeursleverancier kunt u vinden op www.vgz.nl/diabetes.

VOETBEHANDELINGEN

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

ARTIKEL 42. VOETVERZORGING VOOR DE DIABETES- OF REUMATISCHE VOET

Omschrijving:

voetverzorging voor verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis.

wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut of registerpedicure® met aantekening 'diabetesvoet' of 'reumatische voet'.

ARTIKEL 43. PODOTHERAPIE

Omschrijving:

behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten.

wie mag de zorg verlenen:

podotherapeut.

ARTIKEL 44. STEUNZOLEN EN THERAPIEZOLEN

Omschrijving:

inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Wie mag de zolen leveren:

orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, podo(posturaal)therapeut.

Voorschrift:

huisarts, medisch specialist of podo(posturaal)therapeut.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

maximaal € 100 per kalenderjaar

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 500 per kalenderjaar

DIEETADVISING

ARTIKEL 45. DIEETADVISING

Omschrijving:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. Door het volgen van een bepaald eetpatroon kunt u uw lichamelijke gezondheid bevorderen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 4 uur dieetadvising. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Wie mag de zorg verlenen:

diëtist.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 250 per kalenderjaar

ZORG VOOR ONCOLOGISCHE PATIENTEN

ARTIKEL 46. 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 gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans. Welke instellingen dit zijn kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

maximaal € 800 per diagnose

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

maximaal € 800 per diagnose

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

maximaal € 1.000 per diagnose

MANTELZORG

Een mantelzorgverleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en respijtzorg:

ARTIKEL 47. MANTELZORGMAKELAAR

Omschrijving:

een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorgverleener door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. Door de inzet van de mantelzorgmakelaar voelt de mantelzorgverleener zich beter en langer in staat om de zorgtaken te combineren met werk en privéleven. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorgverleent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Welke mantelzorgmakelaars kunt u benaderen:

u kunt de door VGZ gecontracteerde mantelzorgmakelaars benaderen. Een overzicht van de betreffende mantelzorgmakelaars is raadpleegbaar via www.vgz.nl. U kunt het overzicht ook telefonisch opvragen via telefoonnummer 0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 250 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 500 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 750 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

de diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorgverleener als degene die de mantelzorg ontvangt.

ARTIKEL 48. RESPIJTZORG (VERVANGENDE MANTELZORG)

Omschrijving:

tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorgverleener met het doel om die mantelzorgverleener vrijaf te geven. U kunt de respijtzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorgverleent.

Wie mag de vervangende mantelzorg verlenen:

Stichting Mantelzorgvervangende Nederland "Handen in Huis". U kunt contact opnemen met hen via telefoonnummer 030 – 659 09 70.

Vergoeding:

■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 625 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 1.250 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 1.875 per kalenderjaar

VERBLIJF

ARTIKEL 49. HERSTELLINGSOORDEN EN ZORGHOTELS

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorgverleener overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

Wie mag de zorg verlenen:

een door VGZ gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Op www.vgz.nl vindt u een overzicht van de gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels. U kunt deze ook telefonisch opvragen via telefoonnummer 0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.

Verwijzing:

u hebt een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of "burn-out" (punt 3. van de omschrijving).

Vergoeding:
■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

ARTIKEL 50. HOSPICE

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

een door VGZ 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:
■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 30 per dag tot maximaal 90 dagen

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 30 per dag tot maximaal 90 dagen

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 30 per dag tot maximaal 90 dagen

Bijzonderheden:

als een verlenging na 90 dagen noodzakelijk is dan vraagt de hospice of het Bijna-Thuis-Huis dit voor u aan.

ARTIKEL 51. RONALD MCDONALDHUIS/
FAMILIEHUIS**Omschrijving:**

als uw kind(eren) of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw kind of partner opgenomen wordt in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaal-tehuis Ter Weijde.

Als u een dagbehandeling moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, kunt u in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding:
■ Beperkte Aanvullende Verzekering

maximaal € 300 per kalenderjaar

■ Uitgebreide Aanvullende Verzekering

maximaal € 400 per kalenderjaar

■ Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 600 per kalenderjaar

VERVOER

ARTIKEL 52. VERVOER IN VERBAND MET
TRANSPLANTATIE VAN ORGANEN**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer 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 betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles.

Wie mag het taxivervoer verzorgen:

een door VGZ gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders kunt u vinden op www.vgz.nl of telefonisch opvragen via telefoonnummer 0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvoer. U kunt dit formulier downloaden via www.vgz.nl of telefonisch opvragen via telefoonnummer 0900 8490 of 0900 0750 als u collectief verzekerd bent via uw werkgever.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,25 per kilometer

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,25 per kilometer

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

taxivervoer: volledig

vervoer per eigen auto: € 0,25 per kilometer

Bijzonderheden:

het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

MONDZORG

ARTIKEL 53. GEBITSPROTHESEN

Omschrijving:

vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese (UPT-code P21, P25, P30) en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten (UPT-code J50, J51, J52), zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:

■ **Beperkte Aanvullende Verzekering**

geen vergoeding

■ **Uitgebreide Aanvullende Verzekering**

volledig

■ **Plus Aanvullende Verzekering**

volledig

III. Tand Goed Pakket, Tand Beter Pakket, Tand Best Pakket

MONDZORG

ARTIKEL 54. TANDHEELKUNDIGE ZORG

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen deze zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het om implantologie gaat.

Vergoeding:

■ Tand Goed Pakket:

maximaal € 250 per kalenderjaar voor de tandheelkundige zorg onder punt 1 en 2 samen.

- 100% van de kosten, inclusief techniek- en materiaalkosten, voor:
 - chirurgie (UPT-codes beginnend met H);
 - consulten (UPT-codes beginnend met C);
 - mondhygiëne (UPT-codes beginnend met M);
 - röntgen (UPT-codes beginnend met X);
 - verdoving (UPT-codes beginnend met A);
 - vullingen (UPT-codes beginnend met V);
- 80% van de kosten, inclusief techniek- en materiaalkosten, voor:
 - gnathologie, kaakgewrichtsproblemen (UPT-codes beginnend met G);
 - kronen en bruggen (UPT-codes beginnend met R);
 - parodontologie, tandvleesproblemen (UPT-codes beginnend met T);
 - prothesen, gedeeltelijke plaat- of frameprothesen (UPT-codes beginnend met P);
 - verdoving met lachgas (UPT-codes beginnend met B);
 - wortelkanaalbehandeling (UPT-codes beginnend met E).

■ Tand Beter Pakket:

maximaal € 500 per kalenderjaar voor de tandheelkundige zorg onder punt 1 tot en met 3 samen.

- 100% van de kosten, inclusief techniek- en materiaalkosten, voor:
 - chirurgie (UPT-codes beginnend met H);
 - consulten (UPT-codes beginnend met C);
 - mondhygiëne (UPT-codes beginnend met M);
 - röntgen (UPT-codes beginnend met X);
 - verdoving (UPT-codes beginnend met A);
 - vullingen (UPT-codes beginnend met V);
- 80% van de kosten, inclusief techniek- en materiaalkosten, voor:
 - gnathologie, kaakgewrichtsproblemen (UPT-codes beginnend met G);

kronen en bruggen (UPT-codes beginnend met R);
parodontologie, tandvleesproblemen (UPT-codes beginnend met T);
prothesen, gedeeltelijke plaat- of frameprothesen (UPT-codes beginnend met P);
verdoving met lachgas (UPT-codes beginnend met B);
wortelkanaalbehandeling (UPT-codes beginnend met E);

- als er sprake is van implantologie in de niet-tandeloze kaak: 100% van de kosten voor implantologie (UPT-codes beginnend met J) en de techniekkosten. Als de kaakchirurg de behandeling uitvoert: 100% van de kosten voor het honorarium, de techniekkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

■ Tand Best Pakket:

maximaal € 1.000 per kalenderjaar voor de tandheelkundige zorg onder punt 1 tot en met 3 samen.

- 100% van de kosten, inclusief techniek- en materiaalkosten voor:
 - chirurgie (UPT-codes beginnend met H);
 - consulten (UPT-codes beginnend met C);
 - mondhygiëne (UPT-codes beginnend met M);
 - röntgen (UPT-codes beginnend met X);
 - verdoving (UPT-codes beginnend met A);
 - vullingen (UPT-codes beginnend met V);
- 80% van de kosten, inclusief techniek- en materiaalkosten voor:
 - gnathologie, kaakgewrichtsproblemen (UPT-codes beginnend met G);
 - kronen en bruggen (UPT-codes beginnend met R);
 - parodontologie, tandvleesproblemen (UPT-codes beginnend met T);
 - prothesen, gedeeltelijke plaat- of frameprothesen (UPT-codes beginnend met P);
 - verdoving met lachgas (UPT-codes beginnend met B);
 - wortelkanaalbehandeling (UPT-codes beginnend met E);
- als er sprake is van implantologie in de niet-tandeloze kaak: 100% van de kosten voor implantologie (UPT-codes beginnend met J) en de techniekkosten. Als de kaakchirurg de behandeling uitvoert: 100% van de kosten voor het honorarium, de techniekkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Bijzonderheden:

zowel in Tand Goed Pakket als Tand Beter Pakket als Tand Best Pakket worden de kosten die verband houden met niet nagekomen afspraken (UPT-code C90) niet vergoed.

ARTIKEL 55. ORTHODONTISCHE ZORG

55.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

■ **Tand Goed Pakket**

geen vergoeding

■ **Tand Beter Pakket**

80% tot maximaal € 1500 voor de hele looptijd van de verzekering

■ **Tand Best Pakket**

volledig

55.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist

Vergoeding:

■ **Tand Goed Pakket**

geen vergoeding

■ **Tand Best Pakket**

80% tot maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

■ **Tand Best Pakket**

maximaal € 1500 voor de hele looptijd van de verzekering

IV. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering(en): de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekering(en).

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen VGZ 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 VGZ en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt 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.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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.

Machtiging: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens VGZ 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.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

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

Verzekeringnemer: degene die met VGZ 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.

VGZ: VGZ Zorgverzekeraar NV gevestigd in Nijmegen, die deze aanvullende verzekeringen aanbiedt of uitvoert. VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.

Voorkeursaanbieder/Voorkeursleverancier: een leverancier waarmee VGZ een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

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.

Zorghotel: een door VGZ gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, gegarandeerd zijn.

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.





VGZ.NL

Meer weten?

Onze website

www.vgz.nl

Ons telefoonnummer

Klantenservice: 0900 - 8490 (lokaal tarief)

Geopend maandag tot en met vrijdag van

08.00 uur - 20.00 uur

Zaterdag van 09.00 uur tot 13.00 uur

VGZ Hulpdienst: +31 70 3145380

VGZ Kraamzorg: 0900 - 2 21 31 41

(0,10 per minuut)

Ons e-mailadres Zorgbemiddeling

zorgbemiddelaar@vgziza.nl

Onze verzekeringswinkels

U kunt met uw vragen terecht bij een

van onze verzekeringswinkels.

Kijk op www.vgz.nl voor een winkel

bij u in de buurt.

Ons postadres

Univé-VGZ-IZA-Trias

Postbus 445

5600 AK Eindhoven

Ons klachtenpunt

VGZ afdeling Klachtenmanagement

Antwoordnummer 9292

5600 VM Eindhoven

Zorgverzekeraar



Alle aandacht