
ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2008

Index

HOOFDSTUK 1.....	4
TER INLEIDING	4
1.1. Welkom	4
2. Belangrijke informatie over uw verzekering	4
2.1. Papieren polis of verzekering via internet?	4
2.2. Uw documenten?	4
2.3. Hoe kunt u snel uw vergoeding vinden?	5
2.4. Wat als u nieuwe voorwaarden ontvangt?	5
2.5. Hoe lang loopt uw verzekering?	5
2.6. Hoe ontvangt u een vergoeding van uw ziektekosten?	5
2.7. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener	6
2.8. Erkenning van de zorgverlener	6
2.9. Toestemming aanvragen voor een behandeling	6
2.10. Rechten en plichten van u en van ons	7
3. Communicatie	7
3.1. Adressen	7
3.2. Telefoonnummers	8
3.3. Internet en e-mail adressen	8
3.4. internet verzekeren	8
HOOFDSTUK 2.....	9
ALGEMENE VOORWAARDEN VAN VERGOEDINGEN	9
1. Algemeen	9
1.1 Hoe weet u wat u vergoed krijgt?	9
1.2 Voorwaarden voor vergoeding	10
1.3. Wat moet u doen om uw kosten vergoed te krijgen?	11
1.4. Kosten van zorgverleners en tarieven van ons	11
1.5. Doorlopende vergoedingen	13
1.6. Geen eigen risico	14
1.7. Betaling aan de zorgverlener	14
1.8. Vergoeding in Nederlandse valuta	15
1.9. Cessie, verhaalsmogelijkheden en schadevergoeding	15
2. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	16
2.1. Sterilisatie	16
2.2. Correctie van de oorstand (flaporen)	16
2.3. Vervallen	17
2.4. Vervallen	17
2.5. Ongedaan maken van sterilisatie	17
2.6. Gezichtsscherpte behandelingen	17
2.7. Besnijdenis (circumcisie)	18
2.8. Correctie van bovenoogleden	18
2.9. Uitsluitingen	19
3. PREVENTIEVE INJECTIES EN ONDERZOEKEN	19
3.1. Preventieve injecties	19
3.2. Preventieve onderzoeken	20

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

3.3.	Medische screening bij adoptie	20
4.	GENEESMIDDELEN / FARMACEUTISCHE ZORG	21
4.1.	Farmaceutische zorg algemeen	21
4.2.	Vervallen	23
4.3.	Hormoonpreparaten	23
4.4.	Eigen bijdragen geneesmiddelen	24
4.5.	Dieetpreparaten.....	24
4.6.	Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen.....	25
4.7.	Overige geneesmiddelen.....	25
5.	HULPMIDDELENZORG	26
5.1.	Hulpmiddelenzorg algemeen.....	26
5.2.	Vervallen	27
5.3.	Orthopedische schoenen en aangepaste confectieschoenen.....	27
5.4.	Vervallen	28
5.5.	Verbandschoenen	28
5.6.	Pruik.....	28
5.7.	Hulpmiddelen voor het gehoor.....	28
5.8.	Vervallen	28
5.9.	Plaswekker	28
5.10.	Gezichtshulpmiddelen	29
5.11.	Steunzolen en podotherapeutische hulpmiddelen	31
5.12.	Thuisbewakingsmonitor.....	31
5.13.	ADL-Hulpmiddelen	32
5.14.	Verzorgingsartikelen.....	32
5.15.	Huur hulpmiddelen	32
5.16.	Faxapparatuur	33
5.17.	Push brace	33
5.18.	Teststrips diabetespatiënten.....	33
6.	PARAMEDISCHE ZORG	34
6.1.	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck.....	34
6.2.	Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar.....	35
6.3.	Instructie mantelzorgers	36
7.	GEESTELIJKE GEZONDHEIDS ZORG	36
7.1.	Herstel & Balans.....	36
7.2.	Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ	37
7.3.	Inloophuizen.....	38
8.	ALTERNATIEVE BEHANDELINGEN	39
9.	MONDZORG	40
9.1.	Mondzorg algemeen.....	40
9.2.	Kronen, bruggen en inlays.....	40
9.3.	Gebitsprotheses	41
9.4.	Overige mondzorg.....	42
9.5.	Orthodontie (gebitsregulatie).....	43
10.	KUURBEHANDELING.....	43
11.	ZWANGERSCHAP, BEVALLING, KRAAMZORG	44
11.1.	Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen	44
11.2.	Eigen bijdragen voor verloskundige zorg en kraamzorg.....	45
11.3.	Kraamzorguitkering in plaats van kraamzorg.....	45
11.4.	Extra kraamzorg	46
11.5.	Couveuse nazorg	46

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

11.6.	Kraamzorg na ziekenhuisopname	47
11.7.	Reiskosten gezonde moeder	47
12.	HUIDTHERAPIEËN	48
12.1.	UV-B lichtapparatuur	48
12.2.	Ontharing	49
12.3.	Acné - behandeling	49
12.4.	Camouflagetherapie	49
13.	ADVISERING	50
13.1.	Dieetadvisering	50
13.2.	Overgangsconsulten	50
13.3.	Vervallen	51
13.4.	Sport-medisch advies	51
14.	CURSUSSEN / GEZONDHEIDSTRAININGEN / CONTRIBUTIES	51
14.1.	Cursussen algemeen	51
14.2.	Cursussen diabetespatiënten	52
14.3.	Gezondheidstrainingen en beweegprogramma's	52
14.4.	Contributie patiëntenvereniging	53
15.	OVERIGE THERAPIEËN	54
15.1.	Voetbehandeling (podotherapie en podologie)	54
15.2.	Stottertherapie	55
16.	VERBLIJF EN VERVOER	56
16.1.	Therapeutisch kamp	56
16.2.	Logeerkosten	56
16.3.	Bezoekkosten	57
16.4.	Ziekenhuisverpleging in de hogere klasse	58
16.5.	Vervallen	59
16.6.	Liggelduitkering bij ziekenhuisopname	59
16.7.	Zittend ziekenvervoer	59
17.	BUITENLAND	60
17.1.	Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland	60
17.2.	Preventie voor reizen naar het buitenland	63
	HOOFDSTUK 3	64
	ALGEMENE VOORWAARDEN VAN VERZEKERING	64
1.	Grondslag van de verzekering	64
2.	Geldigheid van voorwaarden	66
3.	Aanvang, duur en einde van de aanvullende verzekering	67
4.	Premie en kosten	71
5.	Uitsluitingen	75
6.	Informatie en registratie	80
7.	Verandering van de voorwaarden	82
8.	Wat kunt u ondernemen bij klachten?	82
9.	Tot slot	83
	HOOFDSTUK 4	83
	BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	83
1.	Begripsomschrijvingen	83

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

HOOFDSTUK 1 TER INLEIDING

1.1. Welkom

Voor u liggen de Algemene Voorwaarden van de aanvullende verzekering(en) die u bij ons heeft afgesloten. Deze voorwaarden bestaan uit twee delen:

- a. het Vergoedingen Overzicht (dit heet Deel 1) waarop per aanvullende verzekering aangegeven staat op welke vergoedingen u recht heeft.
- b. het boekje met de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen (dit heet Deel 2) waarin de regels van de verzekering(en) beschreven staan;

Neemt u deze inleiding en de inleiding van het Vergoedingen Overzicht goed door. Heeft u daarna nog vragen, dan kunt u contact met ons opnemen.

2. Belangrijke informatie over uw verzekering

2.1. Papieren polis of verzekering via internet?

Al jaren vindt verzekeren plaats via papier. Alle documenten ontvangt u dan op papier. Declaratie van nota's gaat op papier en wijzigingen worden op papier doorgegeven. Sinds de komst van internet en e-mail vindt contact tussen verzekerden en de verzekeringsmaatschappij gedeeltelijk ook digitaal plaats. Maar er komen ook steeds meer verzekeringen die helemaal "digitaal" afgewikkeld worden: u vraagt een verzekering aan via internet, u geeft via internet toestemming voor automatische incasso van de premie, u geeft wijzigingen door via internet en u declareert soms zelfs via internet. Bij ons is dat ook mogelijk. Wij kennen zorgverzekeringen die via de papieren weg worden afgewerkt of helemaal via internet. Deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen zijn bestemd voor beide soorten verzekeringen. Als ergens in deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen een belangrijk verschil bestaat tussen een internet verzekering en een "papieren" verzekering maken wij u daarop attent.

2.2. Uw documenten?

Bij het afsluiten van uw verzekering stellen wij u ter beschikking:

- a. de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen (deel 2);
- b. het Vergoedingen Overzicht (deel 1);
- c. de polis; hierop staat vermeld:
 - 1) welke aanvullende verzekering(en) u heeft afgesloten;
 - 2) uw naam als verzekerde;
 - 3) de premie;
- d. één (of meer) notabegeleidingsformulier(en) met retourenvelop. U kunt dit formulier gebruiken als u uw nota's ter vergoeding aan ons opstuurt. Notabegeleidingsformulieren kunt u telefonisch opvragen bij onze afdeling Klantenservice.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Bij onze internet verzekeringen werken we niet met papieren notabegeleidingsformulieren en retourenveloppen. Daar declareert u via internet.

2.3. Hoe kunt u snel uw vergoeding vinden?

Als u wilt weten, op welke vergoeding u recht heeft, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. kijk op uw polis voor welke aanvullende verzekering(en) u verzekerd bent;
 - b. kijk op het Vergoedingen Overzicht (deel 1) bij deze afgesloten verzekeringen en zoek de betreffende rubriek. Staat de rubriek onder uw aanvullende verzekering(en) vermeld, dan heeft u in principe recht op de vergoeding die daar staat.
 - c. achter de rubriek staat een artikelnummer. Zoek het artikel op in de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen (deel 2) en kijk of aan de vergoeding voorwaarden verbonden zijn.
-

2.4. Wat als u nieuwe voorwaarden ontvangt?

Regelmatig – meestal is dat per 1 januari – ontvangt u een nieuwe polis. Ook passen wij regelmatig de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en het Vergoedingen Overzicht aan. Bijvoorbeeld aan het begin van een nieuw jaar, want dan kunnen wij de premie of dekking van uw polis aangepast hebben. U krijgt daarvan een bericht van ons. U kunt dan uw voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Het spreekt voor zich, dat uw oude Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, Vergoedingen Overzicht en polis niet meer van kracht zijn. Die kunt u het beste weggoien. Dat voorkomt verwarring.

2.5. Hoe lang loopt uw verzekering?

Als u bij ons een verzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel kalenderjaar (van januari tot januari). Wij hebben (aanvullende) verzekeringen, die voor een langere periode van kracht zijn. Zo geldt bijvoorbeeld voor een Aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts, dat u deze voor een periode van tenminste drie hele kalenderjaren afsluit. Maar na deze periode verlengen wij ook deze aanvullende verzekeringen steeds stilzwijgend van jaar tot jaar, zoals bij onze andere aanvullende verzekeringen.

Wilt u niet dat uw aanvullende verzekering verlengd wordt? Laat ons dit voor 1 november weten. Uw aanvullende verzekering eindigt in dat geval op 1 januari daarna.

In de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen vindt u meer informatie over de duur van uw aanvullende verzekering.

2.6. Hoe ontvangt u een vergoeding van uw ziektekosten?

Maakt u kosten? Stuur de **originale** nota's (geen kopie!) naar ons op. Maak daarbij gebruik van het notabegeleidingsformulier en de retourenvelop. Op het notabegeleidingsformulier geeft u aan welke nota op welke verzekerde betrekking heeft en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de te vergoeden kosten aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

zorgverlener.

Wij bekijken de nota's en beoordelen of u recht heeft op een vergoeding van de kosten. Hierover ontvangt u van ons bericht. Wij sturen u tevens een nieuw notabegeleidingsformulier en een retourenvelop toe.

Heeft u een internet verzekering dan declareert u via internet. U moet dan nog wel de originele nota's nasturen. En nieuwe notabegeleidingsformulieren heeft u niet nodig, want u declareert via internet.

2.7. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Wij hebben met een aantal zorgverleners de afspraak gemaakt dat zij hun nota's niet naar u sturen, maar rechtstreeks naar ons. Wij betalen de nota's in dat geval volgens het geldende tarief aan de zorgverlener, ook al komt de nota niet geheel voor vergoeding in aanmerking (bijvoorbeeld doordat voor de betreffende behandeling een beperkte vergoedingsregeling geldt van bijvoorbeeld 80% waardoor u zelf een deel moet betalen). Het kan dus zijn dat wij meer aan de zorgverlener betalen dan het bedrag waarop u volgens uw verzekering recht heeft. Is dat het geval, dan brengen wij het teveel betaalde bij u in rekening. U betaalt dit bedrag op dezelfde manier aan ons als de manier waarop u uw premie betaalt. Dat kan door middel van een automatische incasso of een acceptgiro zijn (bij een internet verzekering is dat altijd automatische incasso). Wij verwachten in de toekomst steeds meer van dit soort afspraken met zorgverleners te maken.

2.8. Erkenning van de zorgverlener

Het is belangrijk, dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Dan weet u dat u deskundige hulp krijgt. Soms kunt u zo'n zorgverlener herkennen aan zijn titel. Bijvoorbeeld "arts" of "medisch specialist". In andere gevallen is een zorgverlener of zorginstelling erkend. Door de overheid of door ons. U vindt dat regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen, erkend is. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice. Kijk ook op onze internetsite.

Internet verzekerden hebben hun eigen informatie team, waar zij hun vragen kunnen stellen.

2.9. Toestemming aanvragen voor een behandeling

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u **vooraf** toestemming van ons heeft gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling. U kunt deze toestemming op de volgende manier aanvragen: Stuur naar onze Afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice (het adres vindt u in paragraaf 3 van deze inleiding):

- a. een verwijfsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts op, en;
- b. voeg daarbij, indien mogelijk, een kostenbegroting van de behandeling of het hulpmiddel.

Pas nadat u van ons toestemming heeft gekregen gaat u over tot de behandeling of de aanschaf van de hulpmiddelen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

2.10. Rechten en plichten van u en van ons

Uw rechten vormen onze plichten en omgekeerd houden uw plichten onze rechten in. Deze rechten en plichten staan op de polis, in de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en op het Vergoedingen Overzicht. In de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen staan de rechten en plichten in de artikelen. De inleiding van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen is bedoeld ter verduidelijking en dient als een soort handleiding, maar bevat géén rechten of plichten. Bij verschillende artikelen vindt u toelichtingen. Dat zijn ook verduidelijkingen. En die houden dus ook geen rechten en plichten in.

3. Communicatie

3.1. Adressen

Kantoren:

- Tilburg bezoekadres: Ringbaan West 236 in Tilburg
postadres: Postbus 90152, 5000 LD in Tilburg
- Breda bezoekadres: Chasséveld 17 in Breda
Postadres: Postbus 90150, 4800 RB in Breda
- Goes bezoekadres: Wulfaertstraat 25 in Goes
postadres: Postbus 4400, 4460 CZ in Goes
- Sittard bezoekadres: Wilhelminastraat 39 in Sittard
postadres: Postbus 55, 6130 MA in Sittard

Klachtencoördinator: Postbus 4349, 5004 JH in Tilburg

Rechtspersoon: onderlinge waarborg maatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar u.a.
inschrijving Kamer van Koophandel en Fabrieken onder nummer 18028752.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (Ombudsman Zorgverzekeringen)

- Postbus 291, 3700 AG, Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

3.2. Telefoonnummers

Kantoren algemeen	0900 – 0949 (lokaal tarief)
Gezondheidslijn	0900 - 1429 (€ 0,10 per minuut)
Helpline	0031 - 13 - 4 680 402
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering	030 – 6 988 360

3.3. Internet en e-mail adressen

Zorgverzekeraar:		
websites en e-mail	www.cz.nl	
Ombudsman Zorgverzekeringen		
website	www.skgz.nl	

3.4. internet verzekeren

@-team van internet verzekeren:	
- postadres:	Postbus 4320, 5004 JH in Tilburg

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

HOOFDSTUK 2 ALGEMENE VOORWAARDEN VAN VERGOEDINGEN

1. Algemeen

U (de verzekerde) heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten. Bent u verzekeringnemer maar niet degene die de behandeling heeft ondergaan, dan heeft niet u recht op vergoeding van de kosten van behandeling maar de verzekerde die de behandeling heeft ondergaan.

1.1 Hoe weet u wat u vergoed krijgt?

Als u bij ons verzekerd bent, wilt u natuurlijk ook weten, waar u recht op heeft. Dat hebben we in drie documenten vastgelegd: de polis, deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en het Vergoedingen Overzicht:

1. Polis

De polis krijgt u bij veranderingen van ons toegezonden. Heeft u een verzekering bij ons gesloten via internet, dan kunt u de nieuwe polis daar op onze site vinden. Op de polis staat o.a. welke verzekering u heeft afgesloten.

2. Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen toe of kunt u deze via internet raadplegen als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten. Daarna kunt u ze bij ons opvragen of inzien via internet. In deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen worden **alle** behandelingen beschreven die in de verschillende aanvullende verzekeringen van ons voor kunnen komen. Dit betekent **niet** dat:

- a. deze behandelingen allemaal onder de dekking vallen van de aanvullende verzekering die u heeft gesloten; en
- b. u de kosten van de behandelingen waarvoor u verzekerd bent ook voor 100% vergoed krijgt.

Kijk op het Vergoedingen Overzicht van de door u gesloten aanvullende verzekering, of u daadwerkelijk recht heeft op een vergoeding en hoe hoog die vergoeding is!

3. Vergoedingen Overzicht

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u het Vergoedingen Overzicht, evenals de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, toe of kunt u deze via internet raadplegen als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten. Daarna kunt u dit bij ons opvragen of inzien via internet. Op het Vergoedingen Overzicht staat:

- a. per aanvullende verzekering welke behandelingen wij vergoeden;
- b. de hoogte van de vergoeding;
- c. een verwijzing naar een artikel uit deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen. In dat artikel leest u aan welke voorwaarden u moet voldoen om recht te hebben op een vergoeding.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Toelichting: Stel: U heeft een Aanvullende Verzekering Plus afgesloten. U wilt weten hoe het zit met de vergoeding voor kuurbehandeling. U kijkt op het Vergoedingen Overzicht. Onder de dekking van de Aanvullende Verzekering Plus ziet u bij kuurbehandeling staan dat wij 80% vergoeden tot een daar genoemd maximumbedrag. Er staat een verwijzing naar het betreffende artikel in de Algemene Voorwaarden van de Aanvullende Verzekeringen.

Voor de eventuele beschrijving van de voorwaarden van kuurbehandeling kijkt u bij het betreffende artikel van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen.

1.2 Voorwaarden voor vergoeding

Valt de behandeling onder de dekking van uw aanvullende verzekering? Dan vergoeden wij u de kosten als:

- a. u slechts recht heeft op vergoeding van kosten van zorg voor zover u op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dat wil zeggen, dat er sprake moet zijn van een medische of tandheelkundige noodzaak voor de behandeling;
- b. die zijn afgesproken voor de behandeling;
- c. de behandeling plaatsvindt gedurende de periode dat de verzekering van kracht is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum van de factuur voor die behandeling. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is;
- d. u voldoet aan de vereisten en voorwaarden van de betreffende vergoeding. Deze staan in het hoofdstuk 'Omschrijving van de dekking' die bij de behandelingen genoemd worden;

Toelichting: bijvoorbeeld de voorwaarde dat de behandeling voorgeschreven moet zijn door een arts of dat u vooraf een toestemming van ons moet hebben.

- e. wij u niet langer dan 365 dagen geleden toestemming voor een behandeling hebben gegeven. De toestemming is dus maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen. De toestemming is niet meer geldig als de aanvullende verzekering is beëindigd. Deze toestemming is alleen vereist als dit in de 'Omschrijving van de dekking' ook staat vermeld;
- f. de instelling of inrichting waar een behandeling plaatsvindt voldoet aan alle wettelijke eisen (bijvoorbeeld erkenning door de minister);
- g. de kosten gedeclareerd worden door de zorgverlener, instelling of inrichting die de behandeling heeft verricht of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling heeft plaatsgevonden;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- h. u geen handelingen verricht of nalaat die onze eventuele verhaalsrechten zouden kunnen schaden. U bent verplicht mee te werken aan het realiseren van onze verhaalsrechten;
- i. de kosten van behandelingen vallen onder de aanvullende verzekering van de verzekerde die de behandeling ondergaat. Behandelingen die niet zijn genoemd en/of beschreven in de gesloten aanvullende verzekering, worden niet vergoed;
- j. de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de aanvullende verzekering omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;
- k. de behandeling moet feitelijk hebben plaatsgevonden. Behandelingen en consulten worden niet vergoed als deze telefonisch of elektronisch hebben plaatsgevonden, tenzij in de bepaling over de betreffende vorm van zorg uitdrukkelijk staat vermeld dat wij in dat geval de kosten van behandeling wel vergoeden;
- L. de zorg die u in het buitenland krijgt, moeten betrekking hebben op diensten die door een in het buitenland gevestigde zorgverlener zijn verricht of goederen die door een in het buitenland gevestigde leverancier zijn geleverd terwijl die zorgverlener of leverancier voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

1.3. Wat moet u doen om uw kosten vergoed te krijgen?

- a. U stuurt rekeningen op
U moet de **originale** rekeningen en kwitanties (**geen kopie!**) binnen 36 maanden na de datum van de rekening aan ons opsturen. Deze rekening moet door de zorgverlener zo gespecificeerd zijn dat wij ze zonder navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden af kunnen wikkelen.
- b. U stuurt rekeningen via internet in
Heeft u een verzekering gesloten via internet, dan declareert u de rekeningen elektronisch via internet. Dat doet u binnen 36 maanden na de datum van de rekening. De papieren, originele rekeningen en kwitanties stuurt u alsnog via de post naar ons op.
- c. De zorgverlener stuurt ons rekeningen op
Rekeningen en kwitanties die de zorgverlener rechtstreeks aan ons doorstuurt, moeten schriftelijke originelen zijn of staan op voor computers leesbare gegevensdragers (bijvoorbeeld diskettes, tapes, CD-ROM's of DVD's) of door ons worden ontvangen door middel van elektronische gegevensuitwisseling.

1.4. Kosten van zorgverleners en tarieven van ons

- a. **werkelijke kosten**
Wij vergoeden nooit meer dan de kosten die u werkelijk gemaakt heeft.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

b. **tarieven**

Als uitgangspunt voor vergoeding van de kosten die onder de dekking van uw aanvullende verzekering(en) vallen, dienen tarieven die op het moment van uw behandeling van kracht zijn. Die worden als volgt vastgesteld:

- 1) Wij hebben met veel zorgverleners en zorginstellingen tarieven afgesproken voor de behandelingen. Wordt u behandeld door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij tarieven hebben afgesproken, dan vergoeden wij de kosten van die behandeling volgens het afgesproken tarief;
- 2) Krijgt u een behandeling door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken, dan vergoeden wij de kosten van die behandeling volgens het (maximum-)tarief zoals dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg van kracht is;
- 3) Krijgt u een behandeling door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken en bestaat voor die behandeling op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg ook niet een vastgestelde (maximum-)tarief, dan vergoeden wij de kosten van die behandeling tot maximaal het marktconforme tarief. Dat tarief kunt u bij ons opvragen.

c. **volgorde van vergoeding**

Bij de vaststelling van de vergoeding van nota's gaan we volgens een bepaalde volgorde te werk:

- 1) eerst wordt bepaald welk tarief van toepassing is. Zie daarvoor onder b. In de situaties onder 2) en 3) kan dat betekenen, dat niet het gehele gedeclareerde bedrag vergoed wordt. Een deel van de kosten blijft dan buiten vergoeding.
- 2) op de betreffende zorgvorm kan een eigen bijdrage van toepassing zijn. Zie daarvoor uw Vergoedingen Overzicht. De eigen bijdrage blijft buiten vergoeding.
- 3) de betreffende zorgvorm kan deel uitmaken van de hoofdverzekering. En op die hoofdverzekering kan nog een (deel van het) eigen risico resteren.

Van het gedeclareerde bedrag wordt dat deel aan u vergoed, dat overblijft na verwerking van gegevens over tarief, (wettelijke) eigen bijdrage en eigen risico uit de hoofdverzekering en de A.W.B.Z..

d. **maximale of éénmalige vergoeding of vergoeding binnen bepaalde periode**

Bepaalde behandelingen vergoeden wij éénmalig. Andere behandelingen vergoeden we tot een bepaald maximum bedrag in een periode die langer is dan een jaar (minimale looptijd van een aanvullende verzekering). Weer andere behandelingen of leveringen mogen in een bepaalde periode maar eenmaal of een vast aantal malen plaatsvinden. Als sprake is van zo'n beperking, staat dit aangegeven in deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen bij de betreffende behandeling of in het Vergoedingen Overzicht. Heeft u de kosten van de betreffende behandeling vergoed gekregen rekening houdende met een éénmalig vergoedingsmaximum of een éénmalig maximaal aantal, dan vergoeden wij die behandeling daarna niet meer. Heeft u de kosten van de betreffende behandeling vergoed gekregen rekening houdende met een vergoedingsmaximum

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

in een bepaalde periode of een maximaal aantal in een bepaalde periode, dan vergoeden wij die behandeling niet meer binnen die periode.

- e. De bepaling onder d. is ook van kracht als uw aanvullende verzekering wordt gewijzigd, opgeschort, onderbroken of stilzwijgend verlengd. Heeft u de kosten van de betreffende behandeling vergoed gekregen uit een andere aanvullende verzekering van ons, die als gevolg van wijziging vooraf ging aan uw huidige aanvullende verzekering, dan wordt de vergoeding die u al onder uw huidige aanvullende verzekering heeft ontvangen, ook meegeteld voor het vergoedingsmaximum als uw nieuwe aanvullende verzekering voor die behandeling ook een vergoedingsmaximum in een bepaalde periode of een maximaal aantal in een bepaalde periode kent. Ook de onder uw oude aanvullende verzekering gestarte periode loopt door in uw huidige aanvullende verzekering.

Toelichting: een éénmalig maximum vergoedingsbedrag kan in uw aanvullende verzekering bij voorbeeld voorkomen bij orthodontie, camouflagetherapie of stottertherapie. Een maximum vergoedingsbedrag over een langere periode dan één jaar kan in uw aanvullende verzekering bij voorbeeld voorkomen bij gezichtshulpmiddelen.

- f. **vergoedingsmaximum bij verzekering voor een deel van het jaar**
Onder uw aanvullende verzekering worden bepaalde behandelingen slechts vergoed tot een bepaald maximum per jaar. Als uw aanvullende verzekering ingaat of eindigt in de loop van het jaar, dan krijgt u voor het resterende deel van dat jaar dat u verzekerd bent, toch vergoeding tot ten hoogste het gehele maximum dat voor een geheel jaar geldt. Dat maximumbedrag wordt dus niet verminderd doordat u slechts een deel van het jaar verzekerd bent.

1.5. Doorlopende vergoedingen

- a. **Volgorde van vergoeding**
Heeft u naast uw hoofdverzekering en/of inschrijving voor de A.W.B.Z. een aanvullende verzekering afgesloten, ongeacht of u deze bij ons of een andere zorgverzekeraar heeft gesloten? Dan krijgt u uw kosten altijd eerst vergoed vanuit de A.W.B.Z. en de hoofdverzekering. Pas als de kosten niet of niet meer vanuit de A.W.B.Z. en de hoofdverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij deze uit de aanvullende verzekering. De kosten moeten natuurlijk wel onder de dekking van deze aanvullende verzekering vallen.
- b. **Voorwaarden voor doorlopende vergoeding**
Bepaalde kosten van verstrekkingen vanuit de A.W.B.Z. of kostenvergoedingen van uw hoofdverzekering kunnen voor uw rekening blijven. Onder uw aanvullende verzekering(en) kunnen deze voor vergoeding in aanmerking komen:
- 1) als aan de voorwaarden van vergoeding op grond van de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekeringen is voldaan, en;
 - 2) als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten die zo'n

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- 3) aanvullende vergoeding in de dekking heeft, en;
- 3) als de kosten betrekking hebben op behandelingen die in het pakket zitten bij uw hoofdverzekering of de A.W.B.Z., en;
- 4) als de zorg volgens de richtlijnen van uw hoofdverzekering of de A.W.B.Z. niet wordt afgewezen, en;
- 5) als de zorg of de kosten van vergoeding gedeeltelijk voor rekening komen van de A.W.B.Z. of van uw hoofdverzekering, en;
- 6) als wij een originele schriftelijke verklaring van de A.W.B.Z. of de (zorg)verzekeraar van de hoofdverzekering hebben ontvangen, dat de nota die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgewikkeld. Deze verklaring moet tevens informatie over de wijze van afwikkeling bevatten zoals de hoogte van de verleende aanspraken of vergoeding en de hoogte van de niet verleende aanspraken of vergoeding en wat daarvan de reden (bijvoorbeeld eigen risico, eigen bijdrage of overschrijding van een maximum bedrag of aantal behandelingen) is.

c. Uitsluitingen

Er zijn kosten die **niet** onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Dat zijn:

- 1) kosten die niet vergoed worden, omdat deze onder het eigen risico van de hoofdverzekering vallen;
- 2) kosten die uitgaan boven het tarief (tariefverhoging), dat wij als uitgangspunt nemen voor vergoeding (zie artikel 1.4.);
- 3) kosten, die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de hoofdverzekering vallen of verstrekking zijn vanuit de A.W.B.Z.

1.6. Geen eigen risico

Voor de kosten die onder de dekking van een aanvullende verzekering worden afgewikkeld, geldt **geen** eigen risico.

1.7. Betaling aan de zorgverlener

- a. U (verzekeringnemer en verzekerde) heeft met ons aanvullende verzekering gesloten. U heeft daardoor deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen aanvaard. Daarmee geeft u ons toestemming om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen. We kunnen met hen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij rechtstreeks aan hen betalen. Uw tussenkomst is dan niet nodig. U (verzekeringnemer en verzekerde) bent verplicht mee te werken. Als wij van een zorgverlener of leverancier een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener of leverancier te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener of leverancier betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- b. Als wij aan een zorgverlener of leverancier meer vergoeden dan wij volgens de wet of volgens het tarief dat wij met de zorgverlener of leverancier hebben afgesproken verplicht zijn, wordt u geacht ons een volmacht te hebben gegeven om het teveel betaalde bedrag bij de zorgverlener of leverancier terug te kunnen vorderen.
- c. Als u op grond van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen geen recht heeft op een vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener of leverancier betaald hebben (bijvoorbeeld door eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding), bent u verplicht ons het verschil te betalen. U betaalt ons dit verschil op de wijze waarop u uw premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro). Heeft u bij ons een verzekering via internet gesloten, dan betaalt u door middel van automatische incasso.

1.8. Vergoeding in Nederlandse valuta

Als u kosten maakt in het buitenland, krijgt u deze in Nederlands wettig betaalmiddel in Nederland vergoed. Wij hanteren daarbij de verrekeningskoers die geldt op de dag dat wij de nota's ontvangen.

1.9. Cessie, verhaalsmogelijkheden en schadevergoeding

1.9.1. cessie

Wij kunnen in een aantal gevallen derden aansprakelijk stellen voor kosten die wij hebben vergoed onder de dekking van uw aanvullende verzekering(en). Met ingang van de door u afgesloten aanvullende verzekering draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. De overdracht betreft de vorderingen die als kosten onder die aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

1.9.2. mededeling verhaalsmogelijkheden

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u (verzekeringnemer en verzekerde) direct of later (mogelijk) een of meer behandelingen moet ondergaan waarvan wij de kosten op grond van een of meer aanvullende verzekeringen moeten of zouden moeten vergoeden. Als derden voor deze omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen aansprakelijk zijn te stellen, bent u verplicht dit meteen en uiterlijk binnen veertien dagen aan ons te melden.

1.9.3. geen overeenkomsten met derden

U (verzekeringnemer en verzekerde) mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden – verzekeraars daaronder begrepen - die wij aansprakelijk kunnen stellen voor kosten, die op grond van uw aanvullende verzekering(en) voor vergoeding in aanmerking komen of al door ons zijn vergoed, tenzij u daarvoor van ons vooraf schriftelijke toestemming heeft verkregen.

1.9.4. schadevergoeding

Als u het bepaalde in de vorige leden van dit artikel niet nakomt, kunnen wij de reeds aan u vergoede kosten van u terugvorderen, de vergoeding van nog te ontvangen nota's opschorten en / of u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die direct danwel indirect

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

voortvloeien uit de niet nakoming van uw verplichtingen uit dit artikel.

2. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

Tarieven

Voor medisch specialistische zorg die onder uw aanvullende verzekering wordt vergoed, gelden geen wettelijke maximum tarieven. Deze tarieven worden dan bepaald door de medisch specialist. In veel gevallen worden over die tarieven door ons met medisch specialisten en instellingen van medisch specialistische zorg afspraken gemaakt. Die tarieven kunt u bij ons opvragen en zijn ook op onze internetsite te vinden.

2.1. Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie van man of vrouw door middel van medisch specialistische zorg zoals die staat vermeld op het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. voor de sterilisatie heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts.;
- b. de zorg wordt verleend op de locatie van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum), de door ons erkende of gecontracteerde privékliniek (dagbehandeling en polikliniek) of in de huispraktijk van de medisch specialist;
- c. de kosten zijn in rekening gebracht door een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) door middel van de daartoe geschikte DBC-prestatiecode.

2.2. Correctie van de oorstand (flaporen)

Wij vergoeden de kosten van correctie van de oorstand (flaporen) door middel van plastische chirurgie zoals die staat vermeld op het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. voor de correctie van de oorstand heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts.;
- b. de zorg wordt verleend op de locatie van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum), de door ons erkende of gecontracteerde privékliniek (dagbehandeling en polikliniek) of in de huispraktijk van de medisch specialist;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- c. de kosten zijn in rekening gebracht door een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) door middel van de daartoe geschikte DBC-prestatiecode.

2.3. Vervallen

2.4. Vervallen

2.5. Ongedaan maken van sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van het ongedaan maken van de sterilisatie van man of vrouw door middel van medisch specialistische zorg zoals die staat vermeld op het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. voor het ongedaan maken van de sterilisatie heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts.;
- b. de zorg wordt verleend op de locatie van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum), de door ons erkende of gecontracteerde privékliniek (dagbehandeling en polikliniek) of de huispraktijk van de medisch specialist;
- c. de kosten zijn in rekening gebracht door een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) door middel van de daartoe geschikte DBC-prestatiecode.

2.6. Gezichtsscherpte behandelingen

Wij vergoeden de kosten van medisch specialistische zorg voorzover deze betrekking hebben op de kosten van een ooglaserbehandeling voor correctie van gezichtsscherpte. Deze kosten vallen ook onder het maximum vergoedingsbedrag dat geldt voor de in uw aanvullende verzekering verzekerde en door ons vergoede kosten voor gezichtshulpmiddelen als bedoeld in het artikel voor hulpmiddelen (zie artikel 5.10.).

maximum vergoedingsbedrag en lengte, begin en einde periode

Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste een bepaald maximum vergoedingsbedrag gedurende een bepaalde periode. Dit bedrag en de lengte van deze periode zijn in het Vergoedingen Overzicht genoemd. Die periode begint en eindigt op momenten zoals die zijn beschreven in artikel 5.10..

voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling vindt plaats door een medisch specialist (oogarts);

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- b. voor de behandeling heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts;
- c. de zorg wordt verleend op de locatie van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum), de door ons erkende of gecontracteerde privékliniek (dagbehandeling en polikliniek) of de huispraktijk van de medisch specialist;
- d. de behandeling komt niet voor vergoeding in aanmerking op grond van de hoofdverzekering;
- e. de maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

2.7. Besnijdenis (circumcisie)

Bij een mannelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van medisch specialistische zorg, die betrekking heeft op:

- a. een medisch noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
- b. een besnijdenis (circumcisie) die niet medisch noodzakelijk is maar plaatsvindt op sociale, religieuze gronden of anderszins.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling vindt plaats in een erkende instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum), een vestiging van Besnijdenis Kliniek Nederland of een vestiging van Stichting Al Gitaan;
- b. de medisch noodzakelijke behandeling wordt aan ons gemeld door de behandelend medisch specialist (uroloog). Op basis van deze melding door de behandelend medisch specialist kunnen wij vaststellen of bij een declaratie van een besnijdenis sprake is van een medisch noodzakelijke besnijdenis danwel of die besnijdenis plaatsvindt om andere redenen.
- c. de behandeling vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.
- d. de kosten zijn in rekening gebracht door een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) door middel van de daartoe geschikte DBC-prestatiecode.

2.8. Correctie van bovenoogleden

Wij vergoeden de kosten van correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden bij een ernstige gezichtsveldbeperking.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- b. bij de aanvraag om toestemming moet u een recente kleurenfoto – gemaakt door een instelling voor medisch specialistische zorg of uzelf - naar ons meesturen, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is;
- c. er is bij recht vooruit kijken sprake van een bedekking van tenminste de helft van de pupil door het verslakte bovenooglid, waarvoor de correctie aangevraagd wordt;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- d. de behandeling wordt uitgevoerd door een oogarts of plastisch chirurg.
- e. de kosten zijn in rekening gebracht door een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) door middel van de daartoe geschikte DBC-prestatiencode.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. de foto's welke met de aanvraag voor toestemming naar ons meegestuurd moeten worden.

2.9. Uitsluitingen

De volgende kosten voor medisch specialistische zorg in het algemeen vergoeden wij **niet**, ongeacht of deze zijn gemaakt voor de (behandelde) verzekerde, de begeleider of anderen:

- a. onder kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), worden niet vergoed kosten van parodontale chirurgische zorg;
- b. niet vergoed worden kosten van prenatale echo's.

3. PREVENTIEVE INJECTIES EN ONDERZOEKEN

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

3.1. Preventieve injecties

3.1.1. Vergoeding

Ter voorkoming van een ziekte vergoeden wij de kosten van preventieve injecties:

- a. een injectie tegen griep (influenza);
- b. een injectie tegen meningococcon.

Onder de kosten van preventieve injecties worden ook vergoed de kosten van het vaccineren, het toedienen van de injectie zelf of het daarvoor in rekening gebrachte consult.

3.1.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn

- a. de preventieve injectie tegen meningococcon is voorgeschreven door een arts of GGD-arts;
- b. de preventieve injectie is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig;
- c. de entstof van de preventieve injecties is geleverd door een apotheek of G.G.D.;
- d. als voor het vaccineren consultkosten in rekening gebracht worden door de zorgverlener, worden deze kosten ten hoogste vergoed tegen het zogenaamde "passantentarief" dat een huisarts in rekening mag brengen.

3.1.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- a. het vaccineren, het toedienen van de injectie zelf of het daarvoor in rekening gebrachte consult, tenzij daarvoor in het Vergoedingen Overzicht een vergoeding is opgenomen en/of in de Algemene Voorwaarden anders is bepaald;
- b. injecties die zijn gegeven of hadden moeten worden gegeven op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.

3.2. Preventieve onderzoeken

3.2.1. Vergoeding

Ter voorkoming van een ziekte vergoeden wij de kosten van preventieve onderzoeken. Hieronder begrijpen wij cholesteroltesten, periodiek geneeskundige onderzoeken, onderzoeken naar hart en bloedvaten, screenings, health checks, testen en andere diagnostische middelen, hoe ook genaamd.

3.2.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn

- a. het preventieve onderzoek is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig;
- b. het preventieve onderzoek is aangevraagd door uzelf, omdat uzelf dat preventieve onderzoek wenst. Het preventieve onderzoek wordt door uw (huis)arts, medisch specialist of een andere zorgverlener niet medisch noodzakelijk of aangewezen geacht;
- c. het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van uw (huis)arts, niet zijnde een medisch specialist.

3.2.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. zelftesten, preventie programma's en (preventieve) onderzoeken, die medisch noodzakelijk of aangewezen zijn door uw (huis)arts, medisch specialist of een andere zorgverlener en vallen onder de vergoeding van de hoofdverzekering;
- b. (preventieve) onderzoeken naar kanker;
- c. (preventieve) onderzoeken waarbij ioniserende straling wordt gebruikt, zoals röntgenfoto's, CT-scans, MRI-scans en Total Body Scans;
- d. (preventieve) onderzoeken naar een aandoening waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is;
- e. (preventieve) onderzoeken die vergunningplichtig zijn op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (W.B.O.) als bedoeld onder de uitsluitingen c. en d.;
- f. (preventieve) onderzoeken die naar hun aard dan wel in de uitvoering in strijd met de wet zijn;
- g. (preventieve) onderzoeken, testen, behandelingen en dergelijke van sport-medische aard worden niet onder dit artikel vergoed. Zie daarvoor de bepaling over sport-medisch advies.

3.3. Medische screening bij adoptie

3.3.1. Vergoeding

Wij vergoeden de kosten van preventieve onderzoek (medische screening) bij adoptief kinderen die afkomstig zijn uit het buitenland.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

3.3.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn

- a. er is sprake van adoptie door een of meer bij ons voor de aanvullende verzekering ingeschreven verzekerde(n) die adoptief ouder(s) wordt (worden);
- b. het te adopteren kind wordt bij ons als verzekerde ingeschreven;
- c. het preventieve onderzoek is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig;
- d. de adoptie moet overeenkomstig het Nederlands recht plaatsvinden;
- e. het te adopteren kind moet afkomstig zijn uit het buitenland;
- f. het preventief onderzoek (medische screening) is voor de aanstaande adoptief ouder(s) een verplicht onderdeel van het adoptieproces;
- g. het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener of zorginstelling, die in het adoptieproces is aangewezen.

3.3.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. een preventief onderzoek dat door uzelf is aangevraagd, omdat uzelf dat preventieve onderzoek van uw adoptiekind wenst, terwijl dat preventieve onderzoek niet een verplichte voorwaarde voor de adoptie is;
- b. preventieve onderzoeken van het adoptief kind, nadat de adoptie heeft plaatsgevonden.

4. GENEESMIDDELEN / FARMACEUTISCHE ZORG

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

4.1. Farmaceutische zorg algemeen

4.1.1. Algemene aanspraak op vergoeding

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van ter hand stellen van:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de bij de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

4.1.2. Aanwijzing farmaceutische zorg

De genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van ter hand stellen van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door ons. Een en ander is nader uitgewerkt in ons Reglement Farmaceutische Zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de zorgverzekeraar. Deze is tevens in te zien via onze internetsite.

De aanwijzing geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is u het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt u aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Uitsluitend een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Het ter hand stellen geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

In de in ons Reglement farmaceutische zorg te bepalen gevallen, stellen wij nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid voor het ter hand stellen van geneesmiddelen.

4.1.3. Periode waarover wij geneesmiddelen vergoeden

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen ter hand gesteld c.q worden de kosten van het ter hand stellen slechts vergoed voor een periode van

- a. 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- b. 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- c. 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- d. dertig dagen als het gaat om hypnotica en anxiolytica;
- e. 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft;
- f. 1 maand in overige gevallen.

4.1.4. Vastgestelde hoogte van de vergoeding

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem (G.V.S.) opgesteld. Hierin is de maximale hoogte van de vergoedingen voor de geneesmiddelen geregeld. Wij vergoeden de kosten maximaal tot deze door de overheid vastgestelde bedragen, tenzij in deze Algemene Voorwaarden en/of het Vergoedingen Overzicht waarop uw aanvullende verzekering staat vermeld, uitdrukkelijk anders wordt bepaald.

4.1.5. Voorwaarden voor vergoeding van geneesmiddelen, niet zijnde dieetpreparaten

toestemming:

toestemming vooraf is vereist voor het ter hand stellen van een bepaald geneesmiddel waaraan in de Regeling zorgverzekering eisen zijn gesteld. Voor de toestemming met betrekking tot deze geneesmiddelen zie ons Reglement Farmaceutische zorg. Voor het ter hand stellen van geneesmiddelen in andere gevallen is geen toestemming vereist.

voorschrift:

de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige en andere door ons aangewezen zorgverleners in specifieke omstandigheden.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de geneesmiddelen zijn afgeleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheek of een apothekhoudend huisarts.

plaats:

het ter hand stellen van geneesmiddelen vindt plaats op de locatie van een praktijk van apothekhoudend huisarts en de door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek en

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

internetapotheek of uw woonadres.

overige voorwaarden:

- a. als uw verzekering uitdrukkelijk ook de eigen bijdrage op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (G.V.S.) vergoedt, dan kan dat alleen als de geneesmiddelen zelf ook worden vergoed;
- b. de geneesmiddelen bij vruchtbaarheidbevorderende behandelingen worden voorgeschreven volgens de Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

4.1.6. Algemene uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet, tenzij in de volgende leden van dit artikel uitdrukkelijk een vergoeding daarvoor wordt beschreven en u daarvoor aanvullend verzekerd bent volgens het Vergoedingen Overzicht:

- a. kosten van uw geneesmiddelen waarop u aanspraak heeft bij of krachtens de A.W.B.Z. of bij of krachtens de Zorgverzekeringswet onder de hoofdverzekering, vergoeden wij niet;
- b. kosten van alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
- c. kosten van voedingssupplementen, voedingspreparaten en vitaminepreparaten, ook al is sprake van een geneesmiddel of een geregistreerd geneesmiddel;
- d. kosten van geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
- e. kosten van uw geneesmiddelen voorzover die hoger zijn dan in dit vergoedingensysteem is geregeld (uw eigen bijdrage). Als uw verzekering uitdrukkelijk wel de eigen bijdrage op grond van het Geneesmiddelen Vergoedingen systeem (G.V.S.) vergoedt (in afwijking van uitsluiting a.), dan kan dat alleen als de geneesmiddelen zelf ook worden vergoed. Worden de geneesmiddelen niet vergoed (zie bijvoorbeeld uitsluiting b.), dan worden de daarvoor geldende eigen bijdragen van het G.V.S. ook niet vergoed;
- f. kosten van geneesmiddelen die niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem zijn opgenomen, tenzij ons Reglement Farmaceutische zorg of het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering anders bepaalt;
- g. kosten van zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen), voor zover zij onder de Regeling Farmaceutische Zorg ook niet voor vergoeding in aanmerking komen, tenzij het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering anders bepaalt;
- h. kosten van geneesmiddelen, die van overheidswege voor subsidiëring of financiering in aanmerking komen.

4.2. Vervallen

4.3. Hormoonpreparaten

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor geneesmiddelen die hiervoor in artikel 4.1. zijn genoemd vergoeden wij de kosten van hormoonpreparaten voor bepaalde vruchtbaarheidbevorderende behandelingen. Daarmee bedoelen wij andere vruchtbaarheidbevorderende behandelingen dan behandelingen waarvan u op grond van de hoofdverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten of waarop u aanspraak heeft, zoals

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

een IVF-behandeling (In Vitro Fertilisatie).

4.4. Eigen bijdragen geneesmiddelen

Vergoeding:

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor geneesmiddelen die hiervoor in artikel 4.1. zijn genoemd vergoeden wij de kosten van de eigen bijdragen die op grond van het door de overheid opgestelde Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (G.V.S.) volgens de voorwaarden van uw hoofdverzekering voor uw rekening komen en zoals wij die bedoelen in artikel 4.1.4..

Voorwaarden:

- a. kosten van geneesmiddelen waarvoor eigen bijdragen G.V.S. gelden, worden gedeeltelijk vergoed op grond van de hoofdverzekering.

Uitsluiting:

Als er eigen bijdragen op grond van het G.V.S. van toepassing zijn op de geneesmiddelen die wij niet vergoeden vanwege het door ons gevoerde aanwijzingsbeleid als bedoeld in artikel 4.1.2., vergoeden wij ook voor die geneesmiddelen de eigen bijdragen niet.

4.5. Dieetpreparaten

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor geneesmiddelen die hiervoor in artikel 4.1. zijn genoemd komen dieetpreparaten alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een dreigende ondervoeding bij zorg thuis van terminale patiënten en er op grond van de hoofdverzekering geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) deze dieetpreparaten kan worden gemaakt.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist voor het ter hand stellen van dieetpreparaten.

voorschrift:

de dieetpreparaten zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist of diëtist.

verwijzing:

Niet vereist.

zorgverlener:

de dieetpreparaten zijn afgeleverd door een door ons aangewezen leverancier van deze dieetpreparaten.

plaats:

het ter hand stellen van dieetpreparaten vindt plaats bij u thuis.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

4.6. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen

4.6.1. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen of producten

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen en producten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de geneesmiddelen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen of als homeopathische en/of antroposofische producten;
- b. de geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de Z-Index;
- c. de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener;
- d. de behandeling van de voorschrijvende arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener is door u bij ons meeverzekerd;
- e. de geneesmiddelen zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts.

4.6.2. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet** als alternatief geneesmiddel:

- a. geneesmiddelen die wij geheel of gedeeltelijk als reguliere geneesmiddelen vergoeden;
- b. middelen die (nog) niet zijn geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen volgens de Geneesmiddelenwet;
- c. zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen) voor zover zij onder de Regeling zorgverzekering ook niet voor vergoeding in aanmerking komen;
- d. de eigen bijdrage volgens de Regeling zorgverzekering en artikel 4.1., tenzij uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht staat vermeld dat wij deze wel vergoeden en deze dus is meeverzekerd.

4.7. Overige geneesmiddelen

Vergoeding:

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor geneesmiddelen die hiervoor in artikel 4.1. zijn genoemd vergoeden wij de kosten van geneesmiddelen, die op grond van de hoofdverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet helemaal niet worden vergoed of niet worden vergoed omdat niet is voldaan aan de gestelde voorwaarden.

Wij vergoeden ook de kosten van:

- a. zelfzorggeneesmiddelen;
- b. geneesmiddelen die beschouwd worden als niet-rationele geneesmiddelen;
- c. intramurale geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen, die door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist zijn voorgeschreven tijdens opname in een instelling voor medisch specialistische zorg en ter hand gesteld hadden moeten worden door de apotheek van die instelling voor medisch specialistische zorg.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

algemeen:

er moet sprake zijn van een geneesmiddel. Dat geneesmiddel hoeft overigens niet

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

geregistreerd te zijn.

voorschrift:

de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, huisartsvoorziening, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist, tandarts en verloskundige.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

plaats:

het ter hand stellen van geneesmiddelen vindt plaats op de lokatie van een praktijk van apotheekhoudend huisarts en de door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek en internetapotheek of uw woonadres.

Uitsluiting:

Kosten van geneesmiddelen die wij niet vergoeden vanwege het door ons gevoerde aanwijzingsbeleid als bedoeld in artikel 4.1.2., vergoeden wij ook niet onder dit artikel.

5. HULPMIDDELENZORG

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

5.1. Hulpmiddelenzorg algemeen

5.1.1. Vergoeding algemeen

Aanspraak bestaat op de aanvullende vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) Deze worden afgeleverd door een door ons tot dat doel gecontracteerde leverancier. In ons Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via onze internetsite en wordt u desgevraagd toegezonden.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als dat volgens ons Reglement Hulpmiddelenzorg voor het betreffende hulpmiddel is vereist. Wij kunnen aan deze toestemming nadere voorwaarden verbinden.

voorschrift:

het hulpmiddel of verbandmiddel is voorgeschreven, zoals dat in ons Reglement Hulpmiddelen voor het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel is aangegeven.

verwijzing:

niet vereist.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

zorgverlener:

het hulpmiddel of verbandmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen leverancier.

plaats:

de aflevering vindt plaats op de locatie van een het bedrijf van de door ons aangewezen leverancier van dat hulpmiddel of verbandmiddel, op uw woonadres, of een andere door u en de leverancier overeen te komen locatie die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

overige voorwaarden:

- a. de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelenzorg zijn van toepassing, behalve als daarvan hieronder of in het Vergoedingen Overzicht wordt afgeweken.
- b. de kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- c. de te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van ons.
- d. aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

5.1.2. Algemene uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet de kosten van:

- a. hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling;
- b. hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

5.2. Vervallen

5.3. Orthopedische schoenen en aangepaste confectieschoenen

vergoeding:

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd vergoeden wij aanvullend de kosten van:

- a. orthopedische maatwerk schoenen;
 - b. noodzakelijke aanpassingen aan confectieschoenen;
- voor zover die op grond van de hoofdverzekering als eigen bijdrage voor uw rekening zijn gebleven.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de orthopedische maatwerk schoenen dan wel de noodzakelijke aanpassingen aan confectieschoenen komen voor vergoeding in de hoofdverzekering in aanmerking;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- b. de kosten van de orthopedische maatwerk schoenen dan wel de noodzakelijke aanpassingen aan confectieschoenen worden niet geheel vergoed omdat op grond van de hoofdverzekering sprake is van een eigen bijdrage.

5.4. Vervallen

5.5. Verbandschoenen

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd vergoeden wij aanvullend kosten van verbandschoenen, voor zover die op grond van de hoofdverzekering als eigen bijdrage voor uw rekening zijn gebleven.

5.6. Pruik

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd vergoeden wij aanvullend kosten van een pruik, voor zover die op grond van de hoofdverzekering als eigen bijdrage voor uw rekening zijn gebleven.

5.7. Hulpmiddelen voor het gehoor

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd vergoeden wij aanvullend kosten van hulpmiddelen voor het gehoor, voor zover die op grond van de hoofdverzekering als eigen bijdrage voor uw rekening zijn gebleven.

5.8. Vervallen

5.9. Plaswекker

5.9.1. Kopen van een plaswекker

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van aanschaf van de plaswекker en de noodzakelijke toebehoren.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. u koopt de plaswекker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

5.9.2. Huren van een plaswemaker

Volgens de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van huur van de plaswemaker en de noodzakelijke toebehoren.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. u huurt de plaswemaker bij een medische specialzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

5.10. Gezichtshulpmiddelen

5.10.1. Gezichtshulpmiddelen algemeen

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van aanschaf van de volgende gezichtshulpmiddelen:

- a. contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur, gelijktijdig aangeschaft met brillenglazen.

Onder het maximum vergoedingsbedrag vallen ook de in uw aanvullende verzekering verzekerde en door ons vergoede kosten voor medisch specialistische zorg ter correctie van de gezichtsscherpte (zie artikel 2.6.).

maximum vergoedingsbedrag en lengte periode

Deze vergoeding vindt plaats tot ten hoogste een bepaald vergoedingsbedrag binnen een bepaalde periode. Dit bedrag en de lengte van deze periode zijn in het Vergoedingen Overzicht genoemd.

begin en einde periode

Het begin van de eerste periode wordt voor u gesteld op de eerste dag van de maand waarin u van uw opticien voor de eerste keer gedurende uw aanvullende verzekering uw gezichtshulpmiddel ontvangt en tegelijkertijd de definitieve nota (niet een eerdere voorschotnota!!) daarvoor betaalt, danwel u de medisch specialistische zorg ter correctie van de gezichtsscherpte krijgt, en voor dat gezichtshulpmiddel of die behandeling vergoeding van ons ontvangt. De tweede periode begint voor u op de dag waarop de eerste periode is geëindigd enzovoorts. Dit is dus altijd op de eerste van de maand. De momenten waarop de opeenvolgende perioden voor u beginnen en eindigen worden op deze wijze bepaald, ook al wordt uw aanvullende verzekering gewijzigd, opgeschort of beëindigd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- b. u schaft de gezichtshulpmiddelen aan bij de opticien;
- c. de maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Toelichting 1: Stel: u heeft vanaf 1 januari 2006 een verzekering waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed voor maximaal € 95,- binnen een periode van 24 maanden. U bestelt een bril, waarvan de brillenglazen in totaal € 230,- kosten. Deze haalt u op 7 juni 2007 op en betaalt deze. U dient de nota bij ons in. De eerste periode waarin de vergoeding plaatsvindt, loopt van 1 juni 2007 tot 1 juni 2009. Wij betalen u € 95,-; € 135,- blijft voor uw rekening. Ruim anderhalf jaar later laat u zich nieuwe glazen aanmeten. Deze kosten € 275 en haalt u op 6 april 2009 op. Omdat u in de periode van 24 maanden (lopend van 1 juni 2007 tot 1 juni 2009) van ons al een nota voor brillenglazen vergoed heeft gekregen (namelijk de nota van de aflevering op 7 juni 2007), komt deze nota van € 275 niet voor vergoeding in aanmerking.

Toelichting 2: Stel: u heeft al vanaf 1 januari 2003 een verzekering waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed voor maximaal € 95,- binnen een periode van 24 maanden. U heeft nog nooit een rekening voor brillenglazen en contactlenzen bij ons ingediend tot 25 juli 2007. Op die datum koopt u contactlenzen voor € 310,-. U krijgt hiervoor € 95,- vergoed. Sinds 1 januari 2003 zijn er al meer dan 53 maanden verstreken zonder dat u een rekening bij ons heeft ingediend. Maar het is dan niet zo dat u dan tweemaal de maximumvergoeding van € 95,- krijgt. Deze vergoedingsregeling is geen spaarsysteem. De eerste periode van 24 maanden gaat voor u in dit geval dus in op 1 juli 2007.

Toelichting 3: Stel: u heeft vanaf 1 januari 2005 een verzekering waarin brillenglazen en contactlenzen worden vergoed voor maximaal € 200,- binnen een periode van 24 maanden. U koopt op 15 april 2005 een bril, waarvan de glazen € 325,- kosten. Wij vergoeden u € 200,- en € 125,- blijft voor uw rekening. De eerste vergoedingsperiode loopt voor u van 1 april 2005 tot 1 april 2007. Tot deze laatste datum krijgt u geen vergoeding meer voor brillenglazen en contactlenzen, omdat de maximale vergoeding in de eerste vergoedingsperiode is bereikt. Vanaf 1 april 2007 heeft u weer recht op vergoeding.

5.10.2. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet de kosten van:

- a. brilmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschaft;
- b. niet-optische middelen als lenzenvloeistof, brillenkokers of brillenkoordjes;
- c. service-contracten en verzekeringen met betrekking tot gezichtshulpmiddelen;
- d. optische middelen niet op sterkte, zoals zonnebrillen of contactlenzen op kleur;
- e. het slijpen en/of overzetten van brillenglazen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

5.11. Steunzolen en podotherapeutische hulpmiddelen

5.11.1. Steunzolen

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van aanschaf van steunzolen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de steunzolen zijn voorgeschreven door een arts;
- b. de steunzolen zijn naar gipsmodel of blauwdruk gemaakt door een orthopedisch schoenmaker, een orthopedisch instrumentmaker, een prothesemaker of een orthesemaker;
- c. wij hebben de orthopedisch schoenmaker, de orthopedisch instrumentmaker, de prothesemaker of de orthesemaker erkend of gecontracteerd.

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de kosten van:

- a. consulten gedeclareerd voor het aanmeten, corrigeren en afleveren van steunzolen.

5.11.2. Podotherapeutische hulpmiddelen

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van aanschaf van podotherapeutische en podologische hulpmiddelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen zijn voorgeschreven door een podotherapeut, podoloog of pedicure in het kader van een behandeling.
- b. de podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen zijn de materialen die door een podotherapeut, podoloog of pedicure in het kader van een behandeling zijn geleverd.
- c. u moet de kosten van behandeling door die podotherapeut, podoloog of pedicure in het kader waarvan de podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen zijn voorgeschreven en geleverd, van ons vergoed krijgen op grond van uw aanvullende verzekering.

5.12. Thuisbewakingsmonitor

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, geven wij een thuisbewakingsmonitor in bruikleen voor:

- a. een periode die in het Vergoedingen Overzicht is genoemd;
- b. een verlenging van deze periode. De duur van de verlengde periode staat in het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden voor deze bruikleen zijn:

- a. de thuisbewakingsmonitor en de eventuele verlenging van de bruikleenperiode is voorgeschreven door een kinderarts;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- b. wij hebben u (voor beide periodes) vooraf toestemming gegeven.

5.13. ADL-Hulpmiddelen

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van hulpmiddelen voor de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen, de zogenaamde ADL-hulpmiddelen. Neemt u contact op met ons als u wilt weten welke hulpmiddelen wij beschouwen als ADL-hulpmiddelen en waar u deze kunt aanschaffen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- b. er moet sprake zijn van een ernstige gewrichtsaandoening of neurologische stoornis van langdurige aard.

5.14. Verzorgingsartikelen

Vergoeding:

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van aanschaf van verzorgingsartikelen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u vooraf toestemming gegeven, waarbij aanvullende voorwaarden gesteld kunnen worden;
- b. de verzorgingsartikelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of bedrijfsarts;

Toelichting: verzorgingsartikelen zijn plasgootjes, Latex handschoenen, vacuümdrainpotten, ketonenstrips (voor verzekerden tot 18 jaar) en een Habermanspeen (eenmalig).

5.15. Huur hulpmiddelen

Vergoeding:

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij bij verlenging van de huur van hulpmiddelen de kosten van de verlengde huur.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de hulpmiddelen zijn bij of krachtens de wet door een uitleeninstantie aan u ter beschikking gesteld;
- b. de uitleenperiode van deze hulpmiddelen is verstreken;
- c. er is sprake van een verwacht kortdurend gebruik (bij voorbeeld terminale situatie);

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- d. wij hebben u voorafgaande toestemming verleend.

5.16. Faxapparatuur

Vergoeding:

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij aanvullend op de hoofdverzekering de kosten van aanschaf van faxapparatuur.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. wij hebben u voorafgaande toestemming verleend.

5.17. Push brace

Vergoeding:

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van aanschaf van een push brace.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. stuur samen met uw nota het voorschrift van een arts of fysiotherapeut mee.

5.18. Teststrips diabetespatiënten

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor hulpmiddelen die hiervoor in artikel 5.1. zijn genoemd en voor zover die van toepassing zijn, vergoeden wij de kosten van diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips.

Voorwaarden voor deze vergoeding is:

- a. u bent een diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline;
- b. de teststrips worden geleverd door een apotheek, apotheekhoudende huisarts of medische speciaal zaak;
- c. u maakt gedurende tenminste zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internet hulpmiddel Diabetes Pas (zie de toelichting). Ter bevestiging hiervan heeft u via internet een voucher ontvangen en uitgeprint;
- d. u dient de nota van de diabetestestmateriaal, samen met de voucher, bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u deze heeft aangeschaft;
- e. in de gehele periode dat u van het internethulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende verzekering, die recht geeft op vergoeding van de teststrips voor diabetespatiënten.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Toelichting: Diabetes Pas is een hulpmiddel dat u via internet wordt aangeboden. Het helpt u als diabetespatiënt bij het bewaken van uw aandoening en dus uw eigen gezondheid. U kunt deze internetsite bereiken via www.cz.nl/diabetes.

Toelichting: Als u een half jaar de digitale diabetespas gebruikt, verschijnt er automatisch een pop-up in uw beeldscherm met een voucher. U kunt de voucher uitprinten en kiest zelf of u de bonus bij ons te gelde wil maken. Dat doet u door de voucher (tweedelige voucher; tweede deel te gebruiken voor aanschaf testmateriaal) naar ons op te sturen. Het adres staat op de voucher. Voeg tevens uw rekeningen voor teststrips bij. Wij storten dan het te vergoeden bedrag op uw rekening.

6. PARAMEDISCHE ZORG

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

6.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck

6.1.1. Algemene aanspraak op vergoeding

Fysiotherapie en oefentherapie zover die niet onder de dekking van de hoofdverzekering vallen, komen voor vergoeding in aanmerking. Onder fysiotherapie en oefentherapie worden ook de volgende behandelingen begrepen:

- a. fysiotherapie;
- b. manuele therapie;
- c. bekkentherapie;
- d. kindersfysiotherapie;
- e. oedeemtherapie;
- f. oefentherapie Cesar / Mensendieck.

6.1.2. Voorwaarden voor vergoeding

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch specialist. Er is geen verwijzing vereist, als sprake is van niet-chronische fysiotherapie, en er voorafgaande aan de intake, onderzoek (en verdere behandeling) een screening plaatsvindt (directe toegankelijkheid fysiotherapie).

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

zorgverlener:

- a. fysiotherapie wordt verleend door een fysiotherapeut;
- b. manuele therapie wordt verleend door een manueel therapeut;
- c. bekkentherapie wordt verleend door een bekkentherapeut;
- d. kinderfysiotherapie wordt verleend door een kinderfysiotherapeut;
- e. oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage wordt verleend door een oedeemtherapeut of huidtherapeut;
- f. oefentherapie wordt verleend door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

plaats:

de zorg vindt plaats op de praktijklocatie van de behandelend zorgverlener, bij de behandelde verzekerde aan huis of de locatie van een zorginstelling (de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die fysiotherapie of oefentherapie leveren).

6.1.3. Tarieven

Voor fysiotherapie die onder uw aanvullende verzekering wordt vergoed, gelden geen wettelijke maximum tarieven. Deze tarieven worden dan bepaald door de zorgverlener. In veel gevallen worden over die tarieven door ons met zorgverleners afspraken gemaakt. Die tarieven kunt u bij ons opvragen en zijn ook op onze internetsite te vinden.

6.1.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden **niet** de kosten van:

- a. een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren.
- b. oedeemtherapie ten gevolge van cosmetische ingrepen en/of indien littekens zich niet in het gezicht bevinden.

6.2. Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

6.2.1. vergoeding

In aanvulling op de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) ergotherapie op grond van de hoofdverzekering vergoeden wij ergotherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar. Onder ergotherapie wordt verstaan advisering, instructie, training, of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

6.2.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een ergotherapeut.

plaats:

de zorg vindt plaats in de behandelruimte van de behandelend ergotherapeut of op de locatie van een zorginstelling (de afdeling ergotherapie in instellingen, ziekenhuizen en

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

verpleeghuizen die ergotherapie leveren). De zorg kan ook plaatsvinden bij de behandelde verzekerde aan huis, mits de behandeling medisch noodzakelijk is.

6.3. Instructie mantelzorgers

6.3.1. vergoeding

In aanvulling op de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) ergotherapie op grond van de hoofdverzekering vergoeden wij de instructie en begeleiding van mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie op grond van de hoofd- of aanvullende verzekering ondergaan. Onder ergotherapie wordt verstaan advisering, instructie, training, of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

6.3.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een ergotherapeut.

plaats:

de instructie en/of begeleiding vindt plaats in de behandelruimte van de behandelend ergotherapeut of op de lokatie van een zorginstelling (de afdeling ergotherapie in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die ergotherapie leveren). De instructie en/of begeleiding kan ook plaatsvinden bij de behandelde verzekerde aan huis. Het is niet noodzakelijk, dat de verzekerde die de ergotherapie ondergaat ook daadwerkelijk zelf aanwezig is.

overige:

De instructie en/of begeleiding vindt plaats ten behoeve van de mantelzorgers, die in hun hoedanigheid mantelzorg verlenen aan een verzekerde die op dat moment aanspraak heeft op (de vergoeding van kosten voor) ergotherapie op grond van de hoofd- of aanvullende verzekering.

7. GEESTELIJKE GEZONDHEIDS ZORG

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

7.1. Herstel & Balans

Programma Herstel & Balans

Wij vergoeden de kosten van behandeling volgens het programma Herstel & Balans.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. stichting Herstel & Balans heeft de zorgverlener of zorginstelling (ziekenhuis, revalidatiekliniek, fysiotherapeut of psycholoog) gecertificeerd voor het geven van de behandeling;
- b. de behandeling is voorgeschreven door een oncoloog of revalidatiearts.

Uitsluitingen:

De reiskosten, vervoerskosten en verblijfskosten die u in verband met het programma Herstel & Balans maakt, vergoeden wij **niet**.

Toelichting: Herstel & Balans is een landelijk trainingsprogramma voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben. Deze patiënten kunnen te maken krijgen met ernstige lichamelijke en/of geestelijke problemen, zoals moeheid. Herstel & Balans biedt een drie maanden durend reactiveringsprogramma waarin voorlichting, begeleiding en conditieverbetering centraal staan. Zo biedt het twee keer per week conditietraining door middel van fitness, zwemmen en sport en spel. Dit programma is vanzelfsprekend helemaal afgestemd op de doelgroep.

7.2. Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

7.2.1. Vergoeding

In aanvulling op de aanspraak op (vergoeding van de kosten) van eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg op grond van de hoofdverzekering vergoeden wij kosten van deze zorg, als sprake is van zorg die wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg plegen te bieden. Deze kosten moeten betrekking hebben op:

- a. eigen bijdragen die op grond van de hoofdverzekering voor uw rekening blijven;
- b. eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg waarop u geen aanspraak heeft omdat deze zorg het aantal zittingen te boven gaat waarop u op grond van de hoofdverzekering aanspraak heeft.

7.2.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

een voorschrift van een gezondheidszorgpsycholoog is vereist.

verwijzing:

voor de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg is een verwijzing van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, bedrijfsarts of Bureau Jeugd Zorg vereist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de A.W.B.Z..

zorgverlener:

de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg wordt verleend door een

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling.

plaats:

de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg wordt verleend op de lokatie van de praktijk van de gezondheidszorgpsycholoog, op de lokatie van de vestiging van de eerstelijns instelling, waar de patiënt behandeld wordt, of bij de patiënt aan huis. Wordt de patiënt aan huis behandeld, dan moet daarvoor een indicatie aanwezig zijn.

7.2.3. Uitsluitingen:

De volgende kosten worden door ons **niet** vergoed:

- a. reiskosten;
- b. kosten voor behandeling door een zorgverlener die in opleiding is voor gezondheidszorg-psycholoog (GZ-psycholoog);
- c. kosten van eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg voor zover die vallen onder de aanspraken van de hoofdverzekering of de A.W.B.Z.;
- d. kosten van specialistische GGZ zorg, bestaande uit diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen, zoals deze bedoeld is en vergoed wordt in de hoofdverzekering.

7.3. Inloophuizen

7.3.1. Vergoeding:

Wij vergoeden de kosten van geestelijk maatschappelijke zorg, zoals die wordt verleend door in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden. Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor kosten van geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende verzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor kosten van geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende verzekering van de verzekerde patiënt zelf.

7.3.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten is door ons erkend, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
- b. de geestelijk maatschappelijke zorg die door het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten wordt geleverd, is kortdurend van aard en strekt zich uit over een periode korter dan twaalf maanden.

Toelichting: Wij beoordelen of de psychologische zorg die wordt geleverd door bijvoorbeeld inloophuizen voor kankerpatiënten van voldoende kwaliteit is. Wij registreren dat. De lijst met deze instellingen kan dus variëren, ook door het jaar heen. Neemt u daarom vooraf contact op met onze afdeling Klantenservice.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

8. ALTERNATIEVE BEHANDELINGEN

8.1. Alternatieve behandelingen

Wij vergoeden de kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. De behandelingen worden gegeven door uitsluitend:
- 1) een arts voor alternatieve geneeswijzen;
 - 2) een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
 - 3) een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Toelichting: Er zijn veel verschillende vormen van alternatieve behandelingen. Zo kunt u behandeld worden door acupuncturisten, homeopaten, natuurgenezers, osteopaten, enzovoorts. Het gaat er ons niet om welke therapie zij praktiseren, als zij maar arts zijn. Of als zij maar lid zijn van een beroepsvereniging die naar ons oordeel de kwaliteit van haar leden op een goede wijze controleert en hen goed begeleidt. Als uw alternatieve therapeut voldoet aan die voorwaarden, vallen de kosten onder de dekking. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen erkend is. Neem daarvoor contact op met onze afdeling Klantenservice of kijk op de internetsite van de zorgverzekeraar.

8.2. Hoogte van de vergoeding

Wij vergoeden de kosten die u maakt voor alternatieve behandelingen en geneesmiddelen. Voor de vergoeding van de kosten van alternatieve behandelingen en antroposofische en homeopatische geneesmiddelen kunnen wij hanteren:

- a. een maximum bedrag per jaar per verzekerde; èn
b. een maximum bedrag per behandeldag. Het maximum bedrag per behandeldag geldt voor alle gedeclareerde behandelingen die u in totaal op één behandeldag ondergaat, ongeacht de naam, het aantal en de vorm ervan.

Als één of beide maximum bedragen van kracht zijn, staan deze op het Vergoedingen Overzicht vermeld.

Toelichting: Stel: U heeft een Aanvullende Verzekering Plus. U heeft last van migraine en gaat hiervoor acht keer naar een acupuncturist. Deze rekent € 50,- per behandeling. U wilt weten wat u hiervan vergoed krijgt en kijkt op het Vergoedingen Overzicht.

U ziet bij de Aanvullende Verzekering Plus onder Alternatieve behandelingen staan dat wij u:

- maximaal € 400,- per jaar vergoeden; èn
- maximaal € 35,- per behandeldag vergoeden.

Uw eigen bijdrage is in dit geval € 15,- per behandeling. Namelijk € 50,- -/-

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

€ 35,- = € 15,-. Als u twaalf keer (namelijk 12 keer € 35,-) naar deze acupuncturist bent geweest, heeft u uw maximum vergoeding van € 400,- voor alternatieve behandelingen opgebruikt. Wij vergoeden uw alternatieve behandelingen pas weer in het volgende jaar.

8.3. Uitsluitingen

Behandelingen die naar hun aard vallen onder de vergoeding van de hoofdverzekering of onder een of meer, andere vergoedingsartikelen van de aanvullende verzekeringen – ook al bent u daarvoor niet of niet volledig verzekerd - worden niet beschouwd als alternatieve behandelingen en komen niet voor vergoeding in aanmerking. Het is niet van belang of die behandelingen onder een of meer van de genoemde artikelen geheel, gedeeltelijk of helemaal niet voor vergoeding in aanmerking komen.

9. MONDZORG

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

9.1. Mondzorg algemeen

9.1.1. Vergoeding algemeen

Onder mondzorg wordt verstaan hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet met mondzorg wordt bedoeld.

9.1.2. Algemene uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten van behandelingen of leveringen door tandtechnici (niet tandprothetici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen;
- b. kosten die gedeclareerd zijn door een vrijgevestigde mondhygiënist waarvoor geen tarieven zijn afgesproken of waarvan de bedragen hoger zijn dan de tarieven die met ons zijn afgesproken;
- c. kosten die gedeclareerd zijn door een vrijgevestigde mondhygiënist die in het kader van diens beroepsuitoefening geen overeenkomst met ons heeft gesloten ten behoeve van onze verzekerden;
- d. kosten die gemaakt worden voor het bleken van tanden;
- e. kosten die bij of krachtens de hoofdverzekering al voor vergoeding in aanmerking zijn gekomen.

9.2. Kronen, bruggen en inlays

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor mondzorg die hiervoor in artikel 9.1. zijn genoemd, vergoeden wij de kosten van restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays) en andere daarmee samenhangende tandheelkundige

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

verrichtingen door een tandarts, inclusief bijbehorende techniekkosten.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

de zorg is voorgeschreven door een tandarts.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts of zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg.

plaats:

de zorg vindt plaats op de locatie van een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

Overige voorwaarden:

- a. de kosten zijn door de tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'R' (dit zijn kronen, bruggen en inlays).

9.3. Gebitsprothesen

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor mondzorg die hiervoor in artikel 9.1. zijn genoemd, vergoeden wij :

- a. de kosten van uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen;
- b. de eigen bijdragen die op grond van de hoofdverzekering voor uw rekening blijven voor uitneembare, volledige gebitsprothesen.

Komt u voor vergoeding van volledige of gedeeltelijke gebitsprothesen in aanmerking, dan verstaan wij daaronder ook andere met die gebitsprothesen samenhangende tandheelkundige verrichtingen, inclusief bijbehorende tandtechniekkosten.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist:

- a. als de totale kosten van de tandprothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, meer dan € 600,00 per onder- danwel bovenkaak bedragen;
- b. als de totale kosten van de tandprothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 450,00 per onder- danwel bovenkaak bedragen;
- c. als de tandprothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen;
- d. als de tandprothetische voorziening vervaardigd en geplaatst wordt door een zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

In andere gevallen en voor de overige zorg is geen toestemming vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Betreft de verleende zorg de vervaardiging en levering van een nieuwe, uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten, of het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, dan kan deze zorg ook worden verleend door een tandprotheticus.

plaats:

de zorg vindt plaats op de locatie van een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Betreft de verleende zorg de vervaardiging en levering van een nieuwe, uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten, of het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige tandprothetische voorziening van de boven- en/of onderkaak, dan kan deze zorg ook worden verleend op de locatie van de praktijk van een tandprotheticus.

Overige voorwaarden:

- a. de kosten zijn door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P' of 'I'; of
- b. de kosten zijn door een tandprotheticus gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter 'P'.

9.4. Overige mondzorg

Volgens danwel in aanvulling op de algemene voorwaarden en regels voor mondzorg die hiervoor in artikel 9.1. zijn genoemd, vergoeden wij de kosten van overige mondzorg – niet zijnde orthodontie (gebitsregulatie) - door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist of zorgverlener verbonden een aan centrum voor mondzorg.

plaats:

de zorg vindt plaats op de locatie van een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

Overige voorwaarden:

- a. als de verrichtingen zijn uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist (dit is een mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid praktijk uitoefent), dan vergoeden wij de kosten alleen als:
 - 1) wij met deze mondhygiënist een overeenkomst hebben gesloten ten behoeve van onze verzekerden; en
 - 2) de mondhygiënist verrichtingen toepast, die binnen de overeenkomst zijn toegestaan; en
 - 3) de kosten die de mondhygiënist declareert niet hoger zijn dan de overeengekomen tarieven.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

9.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandelingen (gebitsregulatie).

Als op het Vergoedingen Overzicht staat dat de kosten voor orthodontie tot een maximaal bedrag worden vergoed, dan geldt deze maximale vergoeding over de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent.

Als op het Vergoedingen Overzicht staat dat de kosten voor orthodontie tot een maximaal bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd worden vergoed, dan geldt deze maximale vergoeding over de periode dat u bij ons verzekerd bent maar tot danwel vanaf de genoemde leeftijd.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de kosten worden door een tandarts gedeclareerd met een UPT-tariefcode die begint met de letter "D", of
- b. de kosten worden door een orthodontist gedeclareerd.

10. KUURBEHANDELING

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

Meerdaagse behandeling in kuuroord

Wij vergoeden de kosten van uw vervoer naar, behandeling in en verblijf in een door ons erkend kuuroord, dat is gespecialiseerd in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen. Zie ook de tekst in de toelichting.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van artritis psoriatica of een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew;
- b. de kuurbehandeling is voorgeschreven door een reumatoloog;
- c. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. De aanvraag voor toestemming is van recente datum en bestaat uit een volledig ingevuld en ondertekend Aanvraagformulier Kuurhandeling.

Toelichting: onder een kuur verstaan wij een meerdaagse behandeling, dat wil zeggen een behandeling die één of meer weken achtereen duurt. De behandeling vindt plaats in een gespecialiseerd kuuroord. Een kuuroord is een locatie waar zich, meestal op basis van een natuurlijke heetwaterbron één of meer behandelinstututen hebben gevestigd die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen. U wordt er behandeld door behandelaars van verschillende deskundigheid. De kuur bestaat minimaal uit de volgende basisonderdelen: baden in thermaal water, actieve oefentherapie en ontspanning. De kuurbehandeling vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van een kuurarts. De paramedische

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

behandelingen worden uitgevoerd door gekwalificeerd personeel. De behandeling bestaat uit een individueel, schriftelijk programma, dat op u is aangepast en aan u ter beschikking wordt gesteld. Na afloop stellen behandelaars en begeleiders een evaluatie op voor de reumatoloog die u heeft doorverwezen.

11. ZWANGERSCHAP, BEVALLING, KRAAMZORG

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

11.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen

11.1.1. Verloskundige zorg en kraamzorg: begrippen

Onder verloskundige zorg wordt verstaan hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet met verloskundige zorg wordt bedoeld. Onder kraamzorg wordt verstaan hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet met kraamzorg wordt bedoeld.

11.1.2. Voorwaarden voor verloskundige zorg en kraamzorg algemeen

toestemming:

toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

niet vereist.

verwijzing:

niet vereist.

zorgverlener:

de kraamzorg is verleend door een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een door ons erkend kraamcentrum. De poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) ("open" verloskamer) wordt begeleid door een verloskundige of huisarts

plaats:

de kraamzorg vindt plaats bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) of op de locatie van het kraamcentrum.

overige voorwaarden:

- a. u heeft op grond van uw hoofdverzekering aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg of u heeft recht op vergoeding van kosten daarvan;
- b. bij gebruikmaking van verloskundige zorg en kraamzorg blijft een deel van de kosten voor uw rekening. Uw hoofdverzekering geeft niet een volledige dekking.
- c. de kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) zijn in rekening gebracht door de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) door middel van het DBC-tarief.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

11.1.3. Uitsluitingen voor verloskundige zorg en kraamzorg

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten met betrekking tot kraamzorg over een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen kraamzorg dan u recht heeft op grond van de hoofdverzekering, met uitzondering van de extra kraamzorg indien u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- b. kosten met betrekking tot verloskundige zorg en kraamzorg over een groter aantal uren kraamzorg dan u recht heeft op grond van de hoofdverzekering, met uitzondering van de extra kraamzorg indien u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- c. voor de dagen, waarvoor u op grond van de aanvullende verzekering een kraamzorguitkering ontvangt.

11.2. Eigen bijdragen voor verloskundige zorg en kraamzorg

Indien:

- de bevalling en/of het kraambed in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) zonder medische noodzaak plaatsvinden; of
- de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden; of
- na de bevalling in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt; of
- na de bevalling in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) kraamzorg thuis plaatsvindt; of
- de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden,

heeft u op grond van de hoofdverzekering aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg. Of u heeft recht op de vergoeding van kosten daarvan. Heeft u daarop aanspraak of heeft u recht op vergoeding van die kosten dan is deze aanspraak of dat recht op vergoeding niet volledig. U betaalt een eigen bijdrage tot een bepaald bij of krachtens wet vastgesteld bedrag; hogere kosten blijven voor uw rekening.

De door u gesloten aanvullende verzekering kan – afhankelijk van de inhoud van die aanvullende verzekering - aanspraak op aanvullende vergoeding geven van de volgende kosten die op grond van de hoofdverzekering voor uw rekening blijven:

- a. eigen bijdrage voor kraamzorg;
- b. eigen bijdrage voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) ("open" verloskamer).

11.3. Kraamzorguitkering in plaats van kraamzorg

Als u thuis bevalt of zonder medische noodzaak bevalt in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) of kraamcentrum, kunt u in plaats van kraamzorg op grond van de hoofdverzekering en de aanvullende verzekeringen en in plaats van de vergoeding van de eigen bijdragen voor die kraamzorg zoals bedoeld elders in dit artikel, een kraamzorguitkering aanvragen. U moet dus een keuze maken tussen enerzijds een vergoeding van de eigen bijdragen voor kraamzorg en anderzijds een kraamzorguitkering. U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte stellen. U kunt dit doen via onze afdeling Kraamzorgservice. Als u kraamzorg krijgt of wij de kosten en/of eigen bijdragen van de kraamzorg vergoeden, krijgt u **geen** kraamzorguitkering en andersom.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering:

- a. beschouwen wij de dag dat u in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) bevalt als verpleegdag. Bevalt u echter poliklinisch en wordt u daarvoor slechts één verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag. Uw kraamzorguitkering wordt in dat geval niet verminderd;
- b. is het aantal geboren kinderen niet van belang;
- c. beschouwen wij de laatste dag die door de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor u in rekening is gebracht niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur.

Uitsluitingen

Wij doen geen kraamzorguitkering:

- a. voor de dagen, waarvoor u kraamzorg ontvangt of een vergoeding van de kosten en/of eigen bijdragen voor kraamzorg ontvangt;
- b. voor de dagen, die door de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) wegens ziekenhuisopname bij ons in rekening worden gebracht;
- c. voor een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen kraamzorg dan u recht heeft op grond van de hoofdverzekering en/of aanvullende verzekering.

11.4. Extra kraamzorg

Wij spreken met u in bepaalde gevallen een aantal extra uren kraamzorg af. Wij vergoeden die extra uren kraamzorg naast het al afgesproken aantal uren kraamzorg waarop u aanspraak heeft op grond van de hoofdverzekering of naast de kraamzorguitkering.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u (de moeder) bent bij ons verzekerd;
- b. u (de moeder) of uw kindje vertoont ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling.

11.5. Couveuse nazorg

Wij vergoeden de kosten van couveuse nazorg.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de couveuse nazorg wordt verleend door een kraamverzorgende van een kraamcentrum waarmee wij een contract hebben afgesloten of dat wij hebben aangewezen;
- b. de couveuse nazorg vindt plaats op verzoek of advies van de kinderarts of verloskundige;
- c. de moeder van het kind is bij ons verzekerd voor couveuse nazorg;
- d. het kind heeft tenminste **vijf** dagen in de couveuse gelegen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Toelichting: bij couveuse nazorg geeft de kraamverzorgende na thuiskomst aan de moeder de noodzakelijke ondersteuning en advisering voor de verzorging van en omgang met het pasgeboren kind. Doel is dat de moeder leert zelfstandig haar kind te verzorgen. Couveuse nazorg omvat geen huishoudelijke verzorging.

11.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van kraamzorg verleend door een kraamverzorgende gedurende een op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering vastgesteld aantal uren, nadat moeder en kind uit de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) waarin zij zijn opgenomen, zijn ontslagen.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het kind heeft korter dan **vijf** dagen in de couveuse gelegen danwel de opname in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) van moeder en kind is gebaseerd op een medische indicatie van de moeder.

11.7. Reiskosten gezonde moeder

11.7.1. Reiskosten gezonde moeder

Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer of taxi, als uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), omdat het op klinische medisch specialistische zorg is aangewezen.

Toelichting: als uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), omdat het op klinische medisch specialistische zorg is aangewezen, kunt u ook in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) opgenomen worden. Uw ziekenhuisopname – en uiteraard ook die van uw kind – komt voor rekening van de hoofdverzekering. Maar u bent zelf niet ziek en wellicht dat u ervoor kiest om niet opgenomen te worden maar op en neer te reizen naar uw kind in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis). Vandaar deze alternatieve vergoeding.

11.7.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u (de moeder) bent bij ons verzekerd voor tenminste een hoofdverzekering (uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn); en
- b. klinische medisch specialistische zorg en ziekenhuisopname van uw kind zijn voorgeschreven door een arts; en
- c. u (de moeder) bent niet opgenomen in de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis); en
- d. wij hebben u vooraf toestemming gegeven; en
- e. uw kind is jonger dan drie maanden.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Neemt u voor nadere afspraken daarover contact met ons op.

11.7.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet uw reiskosten als en voorzover u in aanmerking komt voor een vergoedingsregeling van overheidswege of een vergoeding op grond van uw hoofdverzekering.

12. HUIDTHERAPIËN

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

12.1. UV-B lichtapparatuur

UV-B Lichtapparatuur

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik.

Als u kiest voor de aanschaf van UV-B lichtapparatuur kunnen wij een hoger bedrag vergoeden dan de maximum vergoeding uit het Vergoedingen Overzicht. Als aanvullende voorwaarde stellen wij dan wel dat wij de kosten van aanschaf van nieuwe lichtapparatuur een aantal jaren niet meer vergoeden.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling of het gebruik van UV-B lichtapparatuur is voorgeschreven door een dermatoloog;
- b. de dermatoloog is verbonden aan een instelling voor psoriasisdagbehandeling;
- c. er is sprake van ernstige psoriasis, ernstig eczeem of ernstige (aangeboren) vitiligo;
- d. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan deze toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

Toelichting: De aanschafprijs van UV-B apparatuur ligt vaak veel hoger dan de vergoeding die u maximaal van ons kunt krijgen. In dat geval kunnen wij van de maximum vergoeding afwijken. Stel: U heeft een Aanvullende Verzekering Plus. U wilt voor € 5.000 lichtapparatuur aanschaffen. Dat bedrag is vele malen hoger dan het maximum bedrag dat wij u volgens het Vergoedingen Overzicht vergoeden. In dat geval kunnen wij bijvoorbeeld met u afspreken dat wij het maximum bedrag uit het Vergoedingen Overzicht verdrievoudigen onder de voorwaarde dat u de komende drie jaar geen vergoeding voor deze behandeling meer krijgt.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

12.2. Ontharing

Ontharing

Wij vergoeden de kosten van verwijdering van extreme haargroei in het gezicht door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de ontharing is voorgeschreven door een arts (bijvoorbeeld een dermatoloog of gynaecoloog)

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de kosten van:

- a. behandelingen met harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen;
- b. aanschaf van harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen.

Toelichting: deze behandeling komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de extreme haargroei naar de begrippen van de Nederlandse maatschappij opmerkelijk is. Dat is het geval bij voor vrouwen en dan alleen nog maar op die plaatsen van het lichaam die in onze maatschappij doorgaans niet bedekt zijn door kleding (niet badkleding!!!).

12.3. Acné - behandeling

Behandeling van een ernstige vorm van acné

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een ernstige vorm van acné in het gezicht en/of in de hals door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarde voor deze vergoeding is:

- a. de behandeling is voorgeschreven door een arts.

12.4. Camouflagetherapie

Camouflagetherapie:

Wij vergoeden:

- a. de kosten van camouflagellessen door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist;
- b. de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen of erna.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de camouflagellessen zijn voorgeschreven door een arts (bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog);
- b. de camouflagellessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals te camoufleren.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

13. ADVISERING

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

13.1. Dieetadvisering

Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Wij vergoeden de kosten van dieetadviezen door een diëtist.

Voorwaarden

toestemming:

niet vereist.

voorschrift:

voor de zorg is voorschrift van een diëtist vereist.

verwijzing:

voor de zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een diëtist.

plaats:

de zorg vindt plaats op de praktijklocatie van de behandelend diëtist, bij de behandelde verzekerde aan huis of op de locatie van een zorginstelling (de afdeling in instellingen, ziekenhuizen en verpleeghuizen die dieetadvisering leveren).

overige voorwaarden:

- a. (kosten van) dieetadvisering maken deel uit van de dekking van de hoofdverzekering.
- b. (kosten van) dieetadvisering worden niet meer vergoed op grond van de hoofdverzekering, omdat u de maximale aanspraken / vergoeding reeds heeft gerealiseerd.
- c. de diëtist werkt volgens de Artsenwijzer Diëtetiek.

Uitsluitingen:

De kosten van de volgende middelen - ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven - vergoeden wij **niet** op grond van dit artikel:

- a. voedingsmiddelen;
- b. dieetpreparaten (zie hiervoor het artikel over geneesmiddelen / farmaceutische zorg).

13.2. Overgangsconsulten

Overgangsconsulten

Wij vergoeden de kosten van overgangsconsulten gegeven door een overgangsconsulente.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. deze overgangsconsulente is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

13.3. Vervallen

13.4. Sport-medisch advies

Bezoek aan een sportarts:

Wij vergoeden de kosten van sport-medische behandelingen, sportkeuringen, en röntgen- en laboratoriumonderzoek door een sportarts.

Voorwaarden voor deze vergoeding is:

De behandelend en/of keurend sportarts is een arts die:

- a. als sportarts werkt in een Sport-Medisch Adviescentrum of sport-medische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sport-Medische Instellingen; of
- b. geregistreerd is als gecertificeerd sportduikerarts C of D in het register van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde en een sportduikmedische keuring uitvoert conform de wetenschappelijke gestelde eisen van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde.

14. CURSUSSEN / GEZONDHEIDSTRAININGEN / CONTRIBUTIES

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

14.1. Cursussen algemeen

vergoeding:

Wij vergoeden de kosten van cursussen die gericht zijn op het verbeteren van uw gezondheid of die u leren omgaan met uw ziekte.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u overhandigt ons een bewijs van deelname;
- b. de cursus wordt gegeven door:
 - 1) een thuiszorgorganisatie;
 - 2) een G.G.D./D.G.D.;
 - 3) een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant-)lid is van of aangesloten organisatie is bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
 - 4) (een polikliniek van) een instelling voor medisch specialistische zorg

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- (ziekenhuis);
- 5) een andere dan de hiervoor genoemde instantie, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

Uitsluiting:

De kosten van cursussen worden door ons niet vergoed, als sprake is van cursussen:

- a. gedeclareerd door een organisatie of vereniging, die van overheidswege daarvoor een subsidiëring of financiering ontvangen of in aanmerking komen;
- b. die zijn genoemd bij de algemene uitsluitingen van hoofdstuk 3 artikel 5.

14.2. Cursussen diabetespatiënten

De vergoeding van kosten van cursussen uit het vorige artikel wordt verhoogd met een bedrag dat in uw Vergoedingen Overzicht staat. U moet daarvoor wel voldoen aan een aantal aanvullende voorwaarden.

Aanvullende voorwaarden voor deze verhoging van de vergoeding van cursussen zijn:

- a. u bent diabetespatiënt;
- b. een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant-)lid is van of aangesloten organisatie is bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
- c. deze patiëntenvereniging behartigt de gezondheidsbelangen van diabetespatiënten;
- d. de cursus heeft betrekking op de aandoening diabetes;
- e. u maakt gedurende tenminste zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internet hulpmiddel Diabetes Pas (zie de toelichting). Ter bevestiging hiervan heeft u via internet een voucher ontvangen en uitgeprint;
- f. u dient de nota van de patiëntenverenigingpas bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u de cursus heeft gevolgd;
- g. in de gehele periode dat u van het internet hulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende verzekering, die recht geeft op verhoging van de cursusbedragen.

Toelichting: Diabetes Pas is een hulpmiddel dat u via internet wordt aangeboden. Het helpt u als diabetespatiënt bij het bewaken van uw aandoening en dus uw eigen gezondheid. U kunt deze internetsite bereiken via www.cz.nl/diabetes.

14.3. Gezondheidstrainingen en beweegprogramma's

Vergoeding:

Wij vergoeden de kosten van gezondheidstrainingen en beweegprogramma's, als deze gericht zijn op het beïnvloeden en activeren van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u overhandigt ons een bewijs van deelname;
- b. in de gehele periode dat u een van deze trainingen en programma's volgt, bent u voor een aanvullende verzekering verzekerd, die recht geeft op vergoeding van de kosten van deze trainingen en programma's;
- c. de cursus wordt gegeven door:
 - 1) een thuiszorgorganisatie;
 - 2) een G.G.D./D.G.D.;
 - 3) een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant-)lid is van of aangesloten organisatie is bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
 - 4) (een polikliniek van) een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis);
 - 5) een fysiotherapeut, waarmee wij afspraken hebben gemaakt ten aanzien van de genoemde gezondheidstrainingen en beweegprogramma's;
 - 6) een andere dan de hiervoor genoemde instantie, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

Uitsluiting:

De kosten worden door ons niet vergoed, als sprake is van gezondheidstrainingen en beweegprogramma's:

- a. gedeclareerd door een organisatie of vereniging, die van overheidswege daarvoor een subsidiëring of financiering ontvangen of in aanmerking komen;

14.4. Contributie patiëntenvereniging

Vergoeding:

Wij vergoeden de contributie of het inschrijfgeld van een of meer patiëntenverenigingen. Het aantal patiëntenverenigingen waarvan de contributie of het inschrijfgeld wordt vergoed, staat in het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden voor deze vergoeding:

De patiëntenvereniging is een landelijke of regionale patiëntenvereniging die (aspirant-)lid is van of aangesloten organisatie is bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

15. OVERIGE THERAPIEËN

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

15.1. Voetbehandeling (podotherapie en podologie)

15.1.1. Podotherapie en podologie algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- a. podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut;
- b. podologische behandelingen door een podoloog.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling is voorgeschreven door een arts;
- b. de behandeling wordt uitgevoerd door een podotherapeut of podoloog.

Uitsluitingen:

- a. de vergoeding van podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen en steunzolen valt niet onder dit artikel, maar onder het artikel over steunzolen en podotherapeutische hulpmiddelen;
- b. de vergoeding van kosten voor behandelingen door een pedicure.

15.1.2. Podotherapie in bijzondere gevallen

- a. Is bij u sprake van diabetes mellitus, reuma, reumatoïde artritis of zijn er ernstige bloedvatproblemen in de benen, dan vergoeden wij de kosten van bevoegd verrichte podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut.
- b. Is bij u sprake van diabetes mellitus, dan vergoeden wij de kosten van behandeling door een pedicure met een aantekening "diabetische voet" (DV).
- c. Is bij u sprake van reuma of reumatoïde artritis, dan vergoeden wij de kosten van behandeling door een pedicure met een aantekening "reumatische voet" (RV).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de behandeling of het consult is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. u lijdt aan:
 - 1) diabetes mellitus;
 - 2) reuma;
 - 3) reumatoïde artritis;
 - 4) ernstige bloedvatproblemen in de benen.
- d. de behandeling vindt plaats door een:
 - 1) podotherapeut; of
 - 2) pedicure die een geldig certificaat of diploma heeft van een aanvullende opleiding voor het behandelen van diabetespatiënten (pedicure met een aantekening "diabetische voet" (DV)). De opleiding moet door ons erkend zijn. De pedicure houdt een praktijk als pedicure voor onder andere deze diabetespatiënten. De te behandelen

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- 3) verzekerde lijdt aan diabetes mellitus;
pedicure die een geldig certificaat of diploma heeft van een aanvullende opleiding voor het behandelen van patiënten met reuma of reumatoïde artritis (pedicure met een aantekening "reumatische voet" (RV)). De opleiding moet door ons erkend zijn. De pedicure houdt een praktijk als pedicure voor onder andere deze patiënten met reuma of reumatoïde artritis. De te behandelen verzekerde lijdt aan reuma of reumatoïde artritis.

Uitsluitingen:

- a. de vergoeding van podotherapeutische- en podologische hulpmiddelen en steunzolen valt niet onder dit artikel, maar onder het artikel over steunzolen en podotherapeutische hulpmiddelen;
- b. de vergoeding van kosten voor behandelingen door een podoloog.

15.2. Stottertherapie

15.2.1. Stottertherapie in individueel- of groepsverband

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie in individueel- of in groepsverband volgens de methode:

- a. Del Ferro;
- b. B.O.M.A.;
- c. I.N.S. (Instituut Natuurlijk Spreken, voorheen Hausdörfer).

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de stottertherapie is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven. Wij kunnen aan die toestemming aanvullende voorwaarden stellen.

15.2.2. Pensiekosten bij een stottertherapie die intern wordt gegeven

Indien en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven vergoeden wij de noodzakelijke kosten die rechtstreeks in verband staan met het verblijf in het pension.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de stottertherapie is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. de kosten van de stottertherapie zelf komen voor een vergoeding in aanmerking.

15.2.3. Uitsluitingen

De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij **niet**.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

16. VERBLIJF EN VERVOER

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

16.1. Therapeutisch kamp

Deelname aan een therapeutisch kamp

Wij vergoeden de kosten van deelname aan een therapeutisch kamp door verzekerden jonger dan 18 jaar.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de verzekerde lijdt aan astma of diabetes mellitus;
- b. het kamp wordt georganiseerd door een door ons erkende representatieve vereniging of instelling ter behartiging van de belangen van deze patiënten

Toelichting: Het Nederlands Astma Fonds en de Nederlandse Diabetes Federatie zijn voorbeelden van instellingen die door ons erkend zijn.

16.2. Logeerkosten

Verblijf 's nachts in een logeerhuis

Wij vergoeden de kosten van een verblijf 's nachts in een logeerhuis. De logés hoeven niet bij ons verzekerd te zijn. In dat geval worden de kosten van deze logés vergoed op grond van de aanvullende verzekering van de verzekerde die in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) is opgenomen.

De mogelijkheid bestaat dat geen plaats meer is in het betreffende logeerhuis. Na toestemming van ons mag u dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. De vergoeding wordt dan gebaseerd op de kosten die u in het logeerhuis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. het logeerhuis is een niet-commerciële instelling (zoals bij voorbeeld een Ronald McDonald Huis) en heeft een verbinding met een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) in Nederland of een gecontracteerde instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) in het buitenland.
- b. als u een aanvullende verzekering heeft gesloten die een (gezamenlijke) vergoeding van logeerkosten en bezoekkosten bevat, moet u vooraf kiezen of u gedurende de opnameperiode van de betreffende verzekerde gebruik maakt van de vergoeding van logeerkosten of van die van bezoekkosten. U moet ons die keuze vooraf mededelen. Die mededeling kan ook in de vorm van het inzenden van de eerste nota voor bezoekkosten of van logeerkosten. Kiest u voor een

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoeken, en andersom.

Toelichting: bij verblijf in een logeershuis is er sprake van een zeer ingrijpende behandeling zoals bij voorbeeld een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie. De patiënt is vaak een kind maar het kan ook een volwassene zijn. Zo kan een kind de behoefte hebben om een of beide ouders in de directe omgeving te hebben. Een volwassene kan graag zijn partner bij zich willen hebben.

Toelichting: als sprake is van een zeer ingrijpende behandeling zoals bij voorbeeld een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie, kan de patiënt daarvoor opgenomen en verpleegd worden in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis). Hij kan ook in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. Is de patiënt opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), dan kan de partner of een of beide ouders in het logeershuis verblijven. Wordt de patiënt poliklinisch behandeld, dan kan ook de patiënt gebruik maken van het logeershuis. Zolang maar in totaal één kamer in dat logeershuis wordt gebruikt.

Uitsluitingen:

Wij vergoeden niet de logeerkosten die gemaakt worden in verband met:

- a. een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.);
- b. overnachtingen op een andere plaats dan een logeershuis, zoals bij voorbeeld in een hotel, motel, pension of Bed & Breakfast, tenzij wij u daarvoor van ons specifiek toestemming hebben gegeven.

16.3. Bezoekkosten

Reiskosten voor ziekenbezoek

Wij vergoeden aan u de reiskosten van één gezinslid als die u gaat bezoeken als u in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) bent opgenomen. Het bezoekende gezinslid hoeft niet bij ons verzekerd te zijn. Als u alleenstaand bent en geen gezinsleden heeft, vergoeden wij de reiskosten van iemand anders. Ook deze persoon hoeft niet bij ons verzekerd te zijn. In dat geval worden de kosten van de bezoekers vergoed op grond van de aanvullende verzekering van de verzekerde die in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) is opgenomen.

De omvang van de vergoeding van bezoeken staat in het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. u woont in Nederland en bent voor medisch specialistische zorg opgenomen en wordt verpleegd in een revalidatieinrichting of (psychiatrisch) instelling voor

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- medisch specialistische zorg (ziekenhuis) in Nederland of - als u buiten Nederland woont – in uw woonland; of
- b. u woont in Nederland en bent voor medisch specialistische zorg opgenomen en wordt verpleegd in een revalidatieinrichting of (psychiatrische) instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) in België of Duitsland. In dit geval moeten wij u vooraf toestemming voor een behandeling daar hebben gegeven; en
 - c. de afstand tussen uw wettelijke woonadres en de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) over de meest gebruikelijke weg is minimaal het aantal kilometers enkele reis dat in het Vergoedingen Overzicht is vastgesteld; en
 - d. de vergoeding vindt plaats voor eenmaal per een in het Vergoedingen Overzicht genoemde periode; en
 - e. de vergoeding wordt per bezoek gegeven over ten hoogste het aantal kilometers voor zowel de heen- als de terugreis; en
 - f. aan uw opname is vaak een minimum periode verbonden als voorwaarde voor vergoeding van bezoeken. Voldoet uw opname daaraan, dan vindt vergoeding van bezoeken plaats vanaf de eerste dag van opname. Of deze voorwaarde wordt gesteld, ziet u in het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering; en
 - g. als u een aanvullende verzekering heeft gesloten die een (gezamenlijke) vergoeding van logeerkosten en bezoeken bevat, moet u vooraf kiezen of u gedurende de opnameperiode van de betreffende verzekerde gebruik maakt van de vergoeding van logeerkosten of van die van bezoeken. U moet ons die keuze vooraf mededelen. Die mededeling kan ook in de vorm van het inzenden van de eerste nota voor bezoeken of van logeerkosten. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoeken, en andersom.

Toelichting: Bij b: als u in België of Duitsland in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) behandeld wilt worden, moet u dat tevoren bij ons aanvragen. Wij geven u toestemming als wij bijvoorbeeld met die instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) een afspraak over bijvoorbeeld de behandelingsprijs hebben gemaakt.

Uitsluiting:

Wij vergoeden **niet** de reiskosten die gemaakt worden voor een bezoek als u in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.)) in een ander land (dus buiten Nederland, België, Duitsland of uw woonland) bent opgenomen.

16.4. Ziekenhuisverpleging in de hogere klasse

Wij vergoeden de kosten van verpleging in een hogere verzekerde klasse (klassentoeslag) van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), voorzover dat uitgaat boven het tarief van de laagste klasse. De verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse (meestal is dat de 3^e klasse). De laagste klasse wordt namelijk al vergoed uit de hoofdverzekering.

Als u verzekerd bent voor de klasse 2/2B of 2 A en wordt verpleegd in de eerste of tweede klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) met slechts één

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

enkele tweede klasse, vergoeden wij de kosten van ziekenhuisverpleging volgens het tarief van de tweede klasse van die instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), voorzover dat uitgaat boven het tarief van de laagste klasse.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;
- b. wij hebben u vooraf toestemming gegeven;
- c. uw verzekerde klasse is hoger dan de derde klasse.
- d. de kosten zijn in rekening gebracht door de instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) door middel van het DBC-tarief danwel klassentoeslag.

Uitsluitingen:

Niet voor vergoeding komen in aanmerking:

- a. de kosten van verpleging in de laagste klasse. Deze worden vergoed volgens de hoofdverzekering.

16.5. Vervallen

16.6. Liggelduitkering bij ziekenhuisopname

Als u bent opgenomen en verpleegd in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), geven wij u een vast bedrag per dag, dat in het Vergoedingen Overzicht wordt genoemd.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de opname is voorgeschreven door een arts;
- b. u dient bij ons een verzoek in voor de liggelduitkering bij opname in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis). Als u ons niet om de liggelduitkering verzoekt en u bent bij ons tevens verzekerd voor de hoofdverzekering, beschouwen wij de rekening van uw opname en verpleging als een verzoek tot uitkering van het liggeld.

16.7. Zittend ziekenvervoer

16.7.1. Zittend ziekenvervoer

Onder zittend ziekenvervoer wordt verstaan hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet met zittend ziekenvervoer wordt bedoeld. In bepaalde gevallen heeft u op grond van de hoofdverzekering aanspraak op zittend ziekenvervoer van en naar een zorgaanbieder per taxi of eigen auto. Of u heeft recht op de vergoeding van kosten daarvan. Heeft u daarop aanspraak of heeft u recht op vergoeding van die kosten dan is deze aanspraak of dat recht op vergoeding niet volledig; U betaalt een eigen bijdrage tot een bepaald bij of krachtens wet vastgesteld bedrag per jaar. U krijgt per gereden kilometer vergoeding tot een bepaald maximum bedrag. Hogere kosten blijven voor uw rekening.

De aanvullende verzekering geeft in aanvulling op de hoofdverzekering aanspraak op vergoeding voor:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- a. de eigen bijdrage per jaar voor zittend ziekenvervoer per taxi, huurauto of eigen auto;
- b. een aanvullende kilometervergoeding bij gebruik van taxi, huurauto of eigen auto tot een in het Vergoedingen Overzicht genoemd bedrag per kilometer voor iedere kilometer die u slechts gedeeltelijk vergoed krijgt uit de hoofdverzekering.

16.7.2. Voorwaarden voor vergoeding

toestemming:

Toestemming vooraf is vereist.

voorschrift:

Ziekenvervoer is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch specialist.

verwijzing:

Niet vereist.

zorgverlener:

Het ziekenvervoer is verzorgd door een erkende vergunning houdende taxivervoerder, openbaar vervoer of door gebruikmaking van eigen of huurauto.

plaats:

Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en retour.

overige voorwaarden:

- a. u heeft op grond van uw hoofdverzekering aanspraak op zittend ziekenvervoer of u heeft recht op vergoeding van kosten daarvan;
- b. bij gebruikmaking van zittend ziekenvervoer blijft, ondanks de aanspraken of vergoeding van kosten op grond van uw hoofdverzekering, een deel van de kosten voor uw rekening. Uw hoofdverzekering geeft niet een volledige dekking.

16.7.3. Uitsluitingen

Er is géén sprake van ziekenvervoer – en dus ook géén sprake van vergoeding van kosten - :

- a. als u voor behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de plaats waarop u bent aangewezen, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
- b. als er bij een tijdelijk verblijf in het buitenland een helikoptervlucht plaatsvindt;
- c. voor kilometers die u wel rijdt maar waarvoor u op grond van de hoofdverzekering anders dan vanwege een jaarlijkse eigen bijdrage geheel niet vergoed krijgt.

17. BUITENLAND

Kijk op het Vergoedingen Overzicht onder uw aanvullende verzekeringen of u recht heeft op vergoeding en hoe hoog die is.

17.1. Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

- 17.1.1. U verblijft tijdelijk in het buitenland en krijgt spoedeisende zorg, die in Nederland ook onder de dekking van uw verzekering valt

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Wij vergoeden de kosten die u maakt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, voorzover deze volgens de voorwaarden van de hoofdverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering niet zijn gedekt.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn voorts:

- a. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend;
- b. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
- c. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van de hoofdverzekering of de aanvullende verzekering, die u heeft gesloten. U heeft recht op vergoeding van kosten die u in het buitenland maakt, als uw verzekering die kosten ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland zou hebben gemaakt. Zo zijn dus de voorwaarden, uitsluitingen etc. die gelden voor vergoeding van in Nederland gemaakte kosten, eveneens van toepassing als dat soort kosten in het buitenland gemaakt zou worden. De verleende zorg die volgens de wet van het land waar u verblijft voor een kleinere vergoeding in aanmerking komt dan wanneer u die zorg in Nederland zou zijn ondergaan, komt eveneens voor vergoeding in aanmerking;
- d. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;
- e. de zorg die u in het buitenland krijgt, heeft betrekking op diensten die door een in het buitenland gevestigde zorgverlener zijn verricht of goederen die door een in het buitenland gevestigde leverancier zijn geleverd terwijl die zorgverlener of leverancier voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld;
- f. de zorg die u in het buitenland krijgt, is niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om in het buitenland behandeld te worden;
- g. de zorg die u in het buitenland krijgt, was op het moment dat u naar het buitenland vertrok niet te voorzien waren;
- h. u heeft een afzonderlijke (reis)verzekering gesloten voor medische kosten in het buitenland;
- i. de zorg waarvoor u in de hoofdverzekering en de afzonderlijke (reis) verzekering verzekerd bent, kan in het buitenland hogere kosten met zich meebrengen dan wanneer diezelfde zorg in Nederland zou hebben plaatsgevonden. Uw aanvullende verzekering geeft ook een vergoeding van die hogere kosten van buitenlandse zorg. Echter niet onbeperkt. De aanvullende verzekering vult de vergoeding van die hogere kosten van buitenlandse zorg aan totdat de vergoeding op grond van de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering(en) tezamen in totaal ten hoogste een tariefniveau bereiken dat in het Vergoedingen Overzicht is genoemd.

17.1.2. U verblijft tijdelijk in het buitenland en krijgt spoedeisende zorg, die in Nederland niet onder de dekking van uw verzekering valt

Wij vergoeden de kosten die u maakt tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland, voorzover deze volgens de voorwaarden van de hoofdverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering niet zijn gedekt. Het betreft kosten die voortvloeien uit:

- a. een tandheelkundige behandeling door een tandarts;
- b. het terug naar huis brengen van de zieke verzekerde (repatriëring) in een ambulance, taxi of huurauto met tussenkomst van onze Helpline. Na overleg met ons kunt u ook van een ander vervoermiddel gebruik maken als wij u daarvoor toestemming geven. Repatriëring beschouwen wij als een bepaalde vorm van

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- ziekenvervoer. In artikel 1 van Hoofdstuk 4 staan onder de begripsomschrijvingen "repatriëring" en "ziekenvervoer" de eisen genoemd die wij aan dit vervoer stellen;
- c. begeleiding door een in het Vergoedingen Overzicht genoemd aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van de bepaling onder b. terug naar huis gebracht (gerepatriëerd) wordt;
 - d. medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige van een zieke verzekerde die op grond van de bepaling onder b. terug naar huis gebracht (gerepatriëerd) wordt;
 - e. vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde uit het buitenland naar Nederland.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn voorts:

Kosten die u maakt tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, krijgt u alleen vergoed als:

- a. de zorg die u in het buitenland krijgt, is spoedeisend;
- b. de zorg die u in het buitenland krijgt, is medisch noodzakelijk;
- c. het gedeclareerde bedrag is in overeenstemming met de tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;
- d. de zorg die u in het buitenland krijgt, heeft betrekking op diensten die door een in het buitenland gevestigde zorgverlener zijn verricht of goederen die door een in het buitenland gevestigde leverancier zijn geleverd terwijl die zorgverlener of leverancier voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld;
- e. de zorg die u in het buitenland krijgt, is niet het gevolg zijn van de vooropgezette bedoeling om in het buitenland behandeld te worden;
- f. de zorg die u in het buitenland krijgt, was op het moment dat u naar het buitenland vertrok niet te voorzien waren;
- g. u heeft een afzonderlijke (reis)verzekering gesloten voor medische kosten in het buitenland.

17.1.3. Geldigheid van voorwaarde

In artikelen 17.1.1. en 17.1.2. is de voorwaarde gesteld, dat u een afzonderlijke (reis)verzekering heeft gesloten en dat u kosten pas vergoed krijgt als deze uitgaan boven de dekking van die (reis)verzekering. Deze voorwaarde is alléén van kracht tegenover de (reis)verzekeraar die - direct of indirect - tegenover ons een beroep doet op eenzelfde of soortgelijke voorwaarde uit haar eigen (reis)verzekering. Dit kan het geval zijn als deze (reis)verzekeraar de aan u vergoede kosten op ons wil verhalen, of als deze wil voorkomen, dat wij de aan u vergoede kosten op haar willen verhalen.

Als u bij ons kosten declareert die onder de dekking van artikelen 17.1.1. en 17.1.2. vallen, doen wij tegenover u géén beroep op deze voorwaarde. Na betaling door ons moet u dan wel meewerken aan de overdracht van de rechten die u op deze (reis)verzekeraar had.

17.1.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland, ongeacht of dit vervoer noodzakelijk is voor redding, vervoer van zieken of slachtoffers van ongevallen, of anderszins.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

17.2. Preventie voor reizen naar het buitenland

Preventieve injecties en middelen

Ter voorkoming van een ziekte, eventueel in verband met een tijdelijk verblijf in het buitenland wegens vakantie of zaken, vergoeden wij de kosten van:

- a. tabletten tegen:
 - 1) malaria;
 - 2) tyfus.
- b. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) difterie;
 - 2) tetanus;
 - 3) polio;
 - 4) hepatitis-A;
 - 5) gele koorts;
 - 6) tyfus.
- c. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) malaria;
 - 2) hepatitis-B;
 - 3) tuberculose;
 - 4) meningitis;
 - 5) Japanse encefalitis;
 - 6) tekenencefalitis;
 - 7) rabiës (hondsdolheid).
- d. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) cholera.

Onder injectie in dit artikel verstaan we niet alleen de kosten van de entstof, het injectiemateriaal maar ook de kosten van het vaccineren, het toedienen van de injectie zelf of het daarvoor in rekening gebrachte consult.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. de preventieve middelen of de preventieve injecties zijn voorgeschreven en gegeven door een (bedrijfs)arts of zorginstelling welke is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.);
- b. u gaat op reis (voor vakantie of zaken) naar een land met een verhoogd risico op een van de ziekten, waarvoor een injectie wordt voorgeschreven;
- c. de preventieve injectie is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig;
- d. de entstof van de preventieve injecties is geleverd door een apotheek of G.G.D..

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

HOOFDSTUK 3 ALGEMENE VOORWAARDEN VAN VERZEKERING

1. Grondslag van de verzekering

1.1. Op wie is een aanvullende verzekering van toepassing?

De aanvullende verzekering kan worden gesloten door:

- a. degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verzekeringsplichtig is en die bij ons of een andere zorgverzekeraar in de zin van de Zorgverzekeringswet een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet hebben gesloten;
- b. degene die op grond van de Zorgverzekeringswet niet verzekeringsplichtig is en die bij ons of een andere zorgverzekeraar een hoofdverzekering hebben gesloten die een dekking omvat die geheel of nagenoeg gelijk is aan die van een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
- c. degene die op grond van de Zorgverzekeringswet niet verzekeringsplichtig is en die geen hoofdverzekering hebben gesloten.

1.2. grondslagen

Uw aanvullende verzekering is gebaseerd op:

- a. de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerden) of een derde (bij voorbeeld een zorgverlener) bij het afsluiten van deze aanvullende verzekering heeft verstrekt;
- b. de gegevens die u of een derde (bij voorbeeld een zorgverlener) heeft ingevuld op het aanvraagformulier;
- c. de door u of een derde (bij voorbeeld een zorgverlener) ingevulde gezondheidsverklaring;
- d. eventuele ingevulde keuringsrapporten;
- e. de polis en polisaanhangsels;
- f. de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en de reglementen waarnaar wij in de Algemene Voorwaarden verwijzen;
- g. het Vergoedingen Overzicht;
- h. de Algemene Voorwaarden van uw hoofdverzekering, indien u die bij ons heeft gesloten;
- i. ons A.W.B.Z.-reglement;
- j. eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten;
- k. eventuele clausulebladen.

Wij gaan er vanuit, dat informatie van derden zoals een zorgverlener bij u bekend is, en wij beschouwen dat als informatie die van u afkomstig is. Deze grondslagen van de aanvullende verzekering bepalen samen uw rechten en plichten.

1.3. Elkaar uitsluitende aanvullende verzekeringen

U (verzekeringnemer) kunt voor uzelf of anderen een of meer aanvullende verzekeringen bij ons sluiten. Bepaalde aanvullende verzekeringen kunnen voor dezelfde verzekerde niet op hetzelfde moment van kracht zijn. Dit zijn elkaar uitsluitende aanvullende verzekeringen. Wij bepalen welke aanvullende verzekeringen dat zijn. Deze kunt u dus niet voor dezelfde verzekerde voor dezelfde contractsduur sluiten. Sluit u zo'n aanvullende verzekering, dan zal door ons de andere reeds bestaande aanvullende verzekering worden beëindigd met ingang

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

van het moment, waarop de nieuwe aanvullende verzekering van kracht wordt.

Toelichting: voorbeelden van elkaar uitsluitende aanvullende verzekeringen zijn:

1. de Aanvullende Verzekeringen Ideaal, Plus, Top en 50+Polis.

2. de Aanvullende Verzekeringen Tandarts en Uitgebreide Tandarts.

U kunt dus uit de verzekeringen genoemd onder 1 maar één aanvullende verzekering kiezen of hebben. Dat geldt ook voor de verzekeringen genoemd onder 2. U kunt wel een aanvullende verzekering hebben uit 1 en één uit 2.

1.4. Aanvullende verzekeringen in gezinnen

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw polis kiezen uit de door ons aangeboden verzekeringen. Verzekerde kinderen tot 18 jaar kunt u alleen aanmelden voor de (combinatie van) aanvullende verzekering(en) waarvoor u volwassen verzekerden bij ons heeft aangemeld.

1.5. Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij deze aanvullende verzekering.

Toelichting: Alle verzekerden hebben recht op een vergoeding van de verzekerde kosten. Maar verzekerden die geen verzekeringnemer zijn, hebben bijvoorbeeld niet het recht de verzekering op te zeggen. Dit recht heeft alleen de verzekeringnemer, de contractspartij.

1.6. Nederlands recht

Op uw aanvullende verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

1.7. Verzwijging

Voordat wij u voor de aanvullende verzekering accepteren stellen wij u een aantal vragen, die wij voor het aangaan van de aanvullende verzekering van belang achten. Als de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerde) of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) in antwoord op onze uitdrukkelijke vragen bij het afsluiten van de verzekering heeft verstrekt onjuist of onvolledig blijken te zijn of u of een derde heeft inlichtingen verzwegen, wijzen wij u hierop. U heeft dan 14 dagen de tijd om hierop te reageren. Wij kunnen de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigen.

Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen heeft u ook het recht de verzekering te beëindigen. De beëindiging van uw aanvullende verzekering gaat in dat geval in op de eerste dag van de maand volgende op de ontvangst van uw beëindigingsverzoek.

1.8. Misleiding

Heeft u de opzet gehad ons te misleiden, dan beëindigen wij de overeenkomst binnen twee maanden na deze ontdekking met onmiddellijke ingang. Wij vorderen alle vergoedingen op grond van de beëindigde aanvullende verzekering terug, die wij u hebben uitbetaald vanaf de dag van misleiding.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

2. Geldigheid van voorwaarden

2.1. Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen

Deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen zijn van toepassing voor zover daarvan niet wordt afgeweken in:

- a. een bijkomende of collectieve overeenkomst zoals bedoeld onder punt j van artikel 1.1.2.;
- b. het Vergoedingen Overzicht.

2.2. Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, Vergoedingen Overzicht en eventuele aanvulling

Als er onenigheid is over welke versie van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling geldt of hoe de tekst daarvan luidt, dan zijn alleen de tekst en inhoud van de exemplaren die in ons bezit zijn van kracht.

2.3. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij onze voorwaarden ook uitgeven in één of meer andere talen. Als er verschillen in inhoud of interpretatie zijn, dan zijn alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige exemplaren die in ons bezit zijn bindend.

2.4. Verandering van Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, Vergoedingen Overzicht of polis

Als uw voorwaarden, premie en/of dekking veranderen, brengen wij u daarvan op de hoogte:

- a. wij sturen u een nieuwe polis. Als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten kunt u deze ook via internet raadplegen. Wij vermelden daarbij ook de datum waarop deze van kracht wordt. Vanaf die datum geldt uw oude polis niet meer.
- b. wij sturen u op uw verzoek ook nieuwe Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en een nieuw Vergoedingen Overzicht. Als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten kunt u deze ook via internet raadplegen. Wij vertellen vanaf welk moment die nieuwe Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en het nieuwe Vergoedingen Overzicht van kracht worden. Dat is bijna altijd op het moment waarop uw nieuwe polis van kracht wordt. Vanaf die datum gelden uw oude Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en Vergoedingen Overzicht niet meer.
- c. wij sturen u op uw verzoek een aanvulling op uw bestaande Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en bestaand Vergoedingen Overzicht. Als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten kunt u deze ook via internet raadplegen. Wij vermelden daarbij de datum waarop die van kracht wordt. Dat is bijna altijd op het moment waarop uw nieuwe polis van kracht wordt. Vanaf die datum geldt naast uw bestaande Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en bestaand Vergoedingen Overzicht ook die aanvulling.

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert, sturen wij u Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen toe. Ook kunt u via internet raadplegen als u een internet verzekering bij ons heeft gesloten.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

3. Aanvang, duur en einde van de aanvullende verzekering

3.1. Aanvang en duur van de aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering gaat in op de datum die op uw polis vermeld staat. U sluit de aanvullende verzekering voor minimaal een volledig jaar af.

Dit geldt niet:

- a. voor de Aanvullende Verzekering Uitgebreide Tandarts. Deze aanvullende verzekering sluit u voor minimaal drie volledige jaren af;
- b. als in een aanvullende overeenkomst of in een collectieve verzekering een andere geldigheidsduur is afgesproken;
- c. voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering op uw polis worden bijgeschreven. Hun aanvullende verzekering loopt even lang als die van u.

Na de minimale geldigheidsduur verlengen wij de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend van jaar tot jaar tenzij u of wij de aanvullende verzekering beëindigen.

*Toelichting 1: **Minimale verzekeringsduur**: Stel: U meldt zich aan voor een verzekering met een minimale verzekeringsduur van één jaar. Uw verzekering gaat in op 1 september 2006. Het jaar loopt in dit geval van januari 2007 tot januari 2008. Dat betekent dat u minimaal tot januari 2008 bij ons verzekerd bent. Nadat wij de verzekering stilzwijgend verlengen, gaat de minimale geldigheidsduur opnieuw in.*

*Toelichting 2 (**minimale verzekeringsduur na bijschrijving van een gezinslid**): Stel: U heeft een aanvullende verzekering met een minimale verzekeringsduur van één volledig jaar. De verzekering gaat in op 1 januari 2006. In oktober 2006 krijgt u een baby die u bijschrijft op uw verzekering. Op 1 januari 2007 is de minimale geldigheidsduur van uw verzekering afgelopen, zowel voor u als voor de baby. Als u uw verzekering niet heeft opgezegd, blijft de verzekering doorlopen. De minimale geldigheidsduur blijft steeds één jaar. Op 1 januari 2007 gaat de minimale geldigheidsduur dus weer in, zowel voor u als voor de baby. U bent beiden tot minimaal 1 januari 2008 bij ons verzekerd.*

3.2. Einde of wijziging van een aanvullende verzekering

3.2.1. U beëindigt de aanvullende verzekering voor alle verzekerden door:

- a. schriftelijke herroeping
Uw (verzekeringnemer) herroeping van de aanvullende verzekering kan kosteloos en zonder opgave van redenen plaatsvinden. Aan herroeping van de aanvullende verzekering zijn de volgende voorwaarden verbonden:
 1. de herroeping moet schriftelijk plaatsvinden met vermelding van uw naam, adres, woonplaats en de aanvullende verzekering waarop de herroeping betrekking heeft;
 2. uw (verzekeringnemer) herroeping moeten wij binnen 14 kalenderdagen hebben ontvangen nadat de aanvullende verzekering is ingegaan. Is de aanvullende verzekering nog niet ingegaan, dan

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

moeten wij de herroeping hebben ontvangen binnen 14 kalenderdagen nadat u de polis en polisbescheiden van ons heeft ontvangen.

De beëindiging van de aanvullende verzekering door herroeping vindt dan plaats met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de aanvullende verzekering is ingegaan. Als u al premie heeft betaald voor de door herroeping beëindigde aanvullende verzekering, betalen wij u die terug binnen 30 dagen na ontvangst van uw herroeping. Vindt herroeping van een aanvullende verzekering niet tijdig plaats of wordt niet aan alle voorwaarden van herroeping voldaan, dan wordt uw aanvullende verzekering niet beëindigd door herroeping.

Als u kosten heeft gemaakt die door ons zijn vergoed en uw aanvullende verzekering door herroeping is geëindigd, geven wij die kosten gespecificeerd aan u door en betaalt u die kosten binnen 30 dagen na ontvangst van de specificatie terug aan ons.

b. schriftelijke opzegging

Uw schriftelijke opzegging moet uiterlijk vóór 1 november door ons ontvangen zijn. U heeft dus een opzegtermijn van twee volledige maanden. Uw verzekering eindigt dan op 1 januari daarop volgend. Houdt u zich niet aan deze opzegtermijn, dan eindigt uw verzekering een jaar later op 1 januari. Houdt u er rekening mee dat u wel aan de minimale geldigheidsduur van uw verzekering moet voldoen.

Toelichting: Stel: U heeft een Aanvullende Verzekering Plus afgesloten. Deze heeft een minimale geldigheidsduur van een jaar. De verzekering ging in op 1 september 2007. Op 1 januari 2009 is de minimale geldigheidsduur van de verzekering verstreken. Als u besluit dat u de Aanvullende Verzekering Plus wilt beëindigen, moet uw schriftelijke opzegging ons vóór 1 november 2008 hebben bereikt. Wij beëindigen de Aanvullende Verzekering Plus per 1 januari 2009.

c. schriftelijke opzegging bij een verandering van de voorwaarden

U kunt uw aanvullende verzekering opzeggen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 7. Wij moeten deze opzegging binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk van u hebben ontvangen. De aanvullende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

- 1) de voorwaarden of de premie als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- 2) de voorwaarden of de premie die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzaart;
- 3) de premie doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor een andere premie moet gaan betalen;
- 4) de voorwaarden of de premie die geen betrekking heeft op de aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Toelichting: Wij hebben het recht onze voorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten tot een verandering, sturen wij u hierover schriftelijk bericht. Als u het niet eens bent met de verandering heeft u meestal het recht uw verzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur van uw verzekering nog niet verstreken. Zorgt u er dan voor dat wij hierover binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, een schriftelijk bericht hebben ontvangen. Wij beëindigen uw verzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

3.2.2. U wijzigt de aanvullende verzekering.

U kunt de aanvullende verzekering voor een, meer of alle verzekerden wijzigen. Wijziging van de aanvullende verzekering kan door middel van:

a. schriftelijke wijziging

U kunt de aanvullende verzekering voor de door u te noemen verzekerden op de polis wijzigen door ons hiervoor een schriftelijk verzoek te sturen. Dit verzoek moet voor 1 december door ons ontvangen zijn. Als wij akkoord gaan, wijzigt uw aanvullende verzekering op 1 januari daarop volgend. Is uw verzoek na 1 december bij ons binnen dan wijzigt de aanvullende verzekering, indien wij akkoord gaan, een jaar later op 1 januari. Uw aanvullende verzekering wijzigt niet met terugwerkende kracht. Houdt u er rekening mee dat u pas het recht hebt om uw aanvullende verzekering te wijzigen als de minimale geldigheidsduur van uw aanvullende verzekering verstreken is.

b. schriftelijke wijziging bij een verandering van de voorwaarden

U kunt uw aanvullende verzekering wijzigen als u het niet eens bent met een verandering van de voorwaarden zoals is beschreven in artikel 7. Wij moeten dit binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk hebben ontvangen. De lopende aanvullende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Op dat moment gaat ook uw nieuwe aanvullende verzekering in. U kunt uw aanvullende verzekering niet wijzigen als het gaat om een verandering van de voorwaarden of de premie:

- 1) de voorwaarden of de premie als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- 2) de voorwaarden of de premie die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzaakt;
- 3) de premie doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor een andere premie moet gaan betalen;
- 4) de voorwaarden of de premie die geen betrekking heeft op de aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.

3.2.3. U beëindigt de aanvullende verzekering voor één verzekerde.

U (verzekeringnemer) kunt de aanvullende verzekering(en) die u voor één van de verzekerden heeft gesloten, beëindigen door middel van schriftelijke opzegging in het geval die verzekerde voor een andere hoofdverzekering en een andere aanvullende verzekering wordt verzekerd. De beëindiging van de aanvullende verzekering(en) gaat in op de dag waarop de door u (verzekeringnemer) gesloten hoofdverzekering bij ons eindigt. De beëindiging van de aanvullende verzekering(en) gaat niet met terugwerkende kracht in.

3.2.4. Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden.

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van alle verzekerden in de volgende gevallen:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- a. u (verzekeringnemer) sluit, nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan, een andere vervangende, aanvullende verzekering af. Wij beëindigen de lopende aanvullende verzekering van alle verzekerden op de ingangsdatum van uw nieuwe vervangende, aanvullende verzekering.

Toelichting: Stel: U heeft de volgende verzekeringen bij ons afgesloten: Zorgverzekering en de Aanvullende Verzekering Top. U wilt in plaats van uw Aanvullende Verzekering Top een Aanvullende Verzekering Plus afsluiten. U stuurt ons hierover vóór 1 december een verzoek. Wij kijken of de minimale geldigheidstermijn van uw Aanvullende Verzekering Top is verstreken. Is dat het geval en gaan wij met de wijziging akkoord, dan beëindigen wij op 1 januari uw Aanvullende Verzekering Top. Op die datum gaat uw nieuwe Aanvullende Verzekering Plus in.

- b. u (verzekeringnemer en/of verzekerde) betaalt uw premie niet of komt uw andere verplichtingen die in deze algemene voorwaarden staan, niet na. Wij bepalen het moment waarop in die gevallen de verzekering eindigt.
- c. u (verzekeringnemer en/of verzekerde) maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen zouden wij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering hebben gesloten. Wij hebben het recht om uw verzekering binnen twee maanden na ontdekking met onmiddellijke ingang te beëindigen.
- d. op het moment dat u (verzekeringnemer) een aanvullende verzekering heeft afgesloten die alleen toegankelijk is voor mensen die in een bepaalde branche, sector, bedrijfstak of andere onderverdeling werken en u ophoudt hier te werken. Als u (verzekeringnemer) met uw werkzaamheden ophoudt doordat u arbeidsongeschikt wordt, vervroegd uittreedt of gebruik maakt van een wachtgeldregeling beëindigen wij de aanvullende verzekering niet.
- e. als de inlichtingen en verklaringen die u (verzekeringnemer en/of verzekerde) in antwoord op onze vragen bij het afsluiten van de aanvullende verzekering heeft verstrekt onjuist of onvolledig blijken te zijn of er zijn inlichtingen niet gegeven, kunnen wij de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigen, zoals genoemd in artikel 1.2..

3.2.5. Wij beëindigen de aanvullende verzekering van één verzekerde.

Wij beëindigen de aanvullende verzekering van één verzekerde op het moment dat (één van) de volgende situaties zich voordoen:

- a. de verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van het gezin van u (verzekeringnemer);
- b. de verzekerde overlijdt. De aanvullende verzekering wordt wel beëindigd voor de overledene, maar niet voor de gezinsleden;
- c. het verblijf van deze verzekerde in het buitenland kan volgens deze voorwaarden niet langer als tijdelijk worden aangemerkt en wij hebben u in die situatie geen uitdrukkelijke toestemming gegeven uw aanvullende verzekering te behouden.

Als (één van) bovenstaande situaties zich voordoen, moeten wij dit uiterlijk binnen 30 dagen nadat de betreffende situatie zich heeft voorgedaan, schriftelijk melding van u hebben ontvangen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

3.3. Kinderen

Als de (combinatie van) aanvullende verzekering(en) voor een of meer van de volwassen verzekerden in uw gezin wordt gewijzigd of beëindigd, is het mogelijk dat daardoor niemand van de volwassenen in uw gezin meer dezelfde (combinatie van) aanvullende verzekering(en) heeft als een of meer kinderen tot 18 jaar binnen uw gezin. Voor dit kind (deze kinderen) wordt dan de (combinatie van) aanvullende verzekering(en) gewijzigd, zodat dat kind op dezelfde wijze aanvullend verzekerd is als tenminste één van de volwassen verzekerden. Als de volwassenen binnen uw gezin verschillende (combinaties van) aanvullende verzekeringen hebben, mag u aangeven volgens welke bestaande (combinatie van) aanvullende verzekering(en) het betreffende kind verzekerd moet worden. De wijziging van de aanvullende verzekering(en) van het verzekerde kind gaat in op dezelfde datum waarop de gewijzigde (combinatie van) aanvullende verzekering(en) voor de volwassen verzekerde(n) ingaat.

3.4. Detentie

Wij beëindigen de verzekering niet als u in detentie bent of daartoe veroordeeld bent.

4. Premie en kosten

4.1. Kosten

4.1.1. Kosten opbouw

De door u (verzekeringnemer) te betalen kosten voor uw aanvullende verzekering zijn opgebouwd uit:

- a. premie;
- b. belastingen die wij volgens de wet of een verdrag verplicht zijn over te dragen aan daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- c. bedragen die wij rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald maar die u (verzekeringnemer) zelf had moeten betalen omdat ze onder de eigen bijdrage van uw aanvullende verzekering vielen of omdat ze uitgaan boven een maximum vergoeding van uw aanvullende verzekering;
- d. eventuele toeslagen en andere kosten. Hieronder verstaan wij onder andere:
 1. een bedrag dat wij u (verzekeringnemer) extra in rekening brengen als u de verschuldigde kosten niet betaalt via automatische afschrijving van uw (verzekeringnemer) rekening.
 2. een toeslag op de premie voor ieder voor een aanvullende verzekering verzekerd kind jonger dan 18 jaar, die wij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als voor de andere gezinsleden van 18 jaar of ouder niet ook een aanvullende verzekering bij ons is gesloten.
 3. een toeslag op de premie voor iedere verzekerde van de aanvullende verzekering, die wij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als voor die verzekerde niet ook een hoofdverzekering bij ons is gesloten.

4.1.2. Kostenberekening

Wij stellen vast wat de hoogte van deze kosten is en in welke gevallen en wanneer u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Voor de vaststelling van de hoogte van de kosten kunnen de volgende onderdelen van belang zijn:

- a. het aantal verzekerden;
- b. hun huidige leeftijd;
- c. de soort aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

4.2. Betaling

4.2.1. Verschuldigde kosten

U (verzekeringnemer) moet de kosten die u (verzekeringnemer) ons verschuldigd bent in Nederlands wettig betaalmiddel betalen.

4.2.2. Aansprakelijkheid

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten. Als u (verzekeringnemer) overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over uw vermogen te beschikken, is ieder van de verzekerden persoonlijk aansprakelijk voor de betaling van de gehele verschuldigde kosten. Deze aansprakelijkheid eindigt op het moment dat wij één van de verzekerden als nieuwe verzekeringnemer accepteren.

4.2.3. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Bij het afsluiten van uw aanvullende verzekering spreken wij met u (verzekeringnemer) af over welke periode u (verzekeringnemer) deze kosten vooruit betaalt. Die periode kan één maand, een kwartaal, een halfjaar of een jaar omvatten en noemen wij "betalingsperiode". Het gehele bedrag van de verschuldigde kosten moeten uiterlijk vóór de eerste dag van de afgesproken periode in ons bezit zijn.

4.2.4. Wijze van vooruit betalen

Bij het afsluiten van uw aanvullende verzekering is ook afgesproken, op welke wijze u (verzekeringnemer) de verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn in de vorm van een automatische incasso, een acceptgirobetaling of een premienota.

4.2.5. Automatische incasso

Als wij met u (verzekeringnemer) afspreken dat wij het bedrag van de verschuldigde kosten voor elke afgesproken betalingsperiode van uw bankrekening incasseren, blijft de verantwoordelijkheid tijdig te betalen (dus van een voldoende saldo) bij u (verzekeringnemer) liggen.

4.2.6. Aanmelding van een nieuwe verzekerde in een periode

Als voor een nieuw aangemelde verzekerde een aanvullende verzekering ingaat in de loop van een betalingsperiode aanmeldt, betaalt u (verzekeringnemer) voor deze verzekerde alleen kosten over het resterende gedeelte van deze betalingsperiode. Deze kosten moeten uiterlijk voor de aanvang van dit resterende gedeelte van deze betalingsperiode aan ons betaald zijn.

4.2.7. Detentie

Gedurende de periode dat sprake is van detentie, zijn voor uw verzekering geen premie en kosten verschuldigd.

4.3. Betalingsachterstand

4.3.1. Geen recht op vergoeding

Als u de verschuldigde kosten niet op tijd betaalt, sturen wij u een herinneringsbrief. Daarin verzoeken wij u de verschuldigde bedragen binnen 14 dagen na dagtekening van deze brief aan

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

ons over te maken. Zijn de bedragen binnen 14 dagen niet door ons ontvangen, dan bent u in verzuim en kunnen wij de bedragen direct opeisen.

Wij vergoeden de kosten van behandelingen waarop u recht heeft, niet meer vanaf het moment, waarop u de verschuldigde bedragen had moeten betalen. Pas op het moment dat alle verschuldigde bedragen bij ons binnen zijn, heeft u recht op een vergoeding van de kosten als deze onder de dekking van uw verzekering vallen. De kosten die u maakte in de periode dat u in verzuim was en die onder de dekking van uw verzekering vallen, vergoeden wij dan ook alsnog. Dat is ook het geval als wij uw verzekering al hebben beëindigd.

Toelichting: U (verzekeringnemer) heeft uw premie over de maanden januari en februari niet betaald. In februari wordt u ziek en geeft u € 300,- aan medische kosten uit. Wij vergoeden deze kosten niet, ook al vallen ze onder de dekking van uw aanvullende verzekering. In maart betaalt u (verzekeringnemer) uw gehele achterstallige premie. De € 300,- die u in februari heeft uitgegeven vergoeden wij u nu wel.

4.3.2. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met betaling, dan lost u (verzekeringnemer) met elk bedrag dat wij van u (verzekeringnemer) ontvangen de langst openstaande bedragen van uw schuld af. De openstaande schuld die door langdurige achterstalligheid is opgebouwd uit bedragen uit meerdere perioden, kunt u (verzekeringnemer) niet splitsen. De schuld moet in het geheel betaald worden.

Toelichting: U (verzekeringnemer) heeft de kosten van uw aanvullende verzekering over een periode van drie maanden niet betaald. Deze kosten kunnen zijn opgebouwd uit premie en andere poliskosten. U (verzekeringnemer) moet deze kosten in zijn geheel betalen. U (verzekeringnemer) kunt dus niet zelf bepalen dat u de premie over deze periode wel betaalt en de andere poliskosten niet. U (verzekeringnemer) kunt ook niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand.

4.3.3. Verrekening

- a. U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerden) nog van ons te goed heeft.
- b. Wij kunnen de schuld van u (verzekeringnemer) verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerden) van ons krijgt op grond van de aanvullende verzekering(en) maar ook met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerden) van ons krijgt op grond van andere verzekeringen die u bij ons heeft gesloten.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Toelichting 1: U (verzekeringnemer) heeft een premieschuld van € 200,-. U heeft ons voor € 100,- aan nota's opgestuurd. Wij moeten beoordelen of deze nota's geheel voor vergoeding in aanmerking komen. U (verzekeringnemer) mag deze nota's daarom niet van uw schuld aftrekken. Uw schuld blijft € 200,-.

Toelichting 2: U (verzekeringnemer) heeft een schuld openstaan van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- aan nota's op. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u (verzekeringnemer) € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw schuld is daarmee afgelost.

4.3.4. Vertragingsschade

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand heeft, betaalt u (verzekeringnemer) ons één procent vertragingsschade per maand over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u (verzekeringnemer) ons de kosten die wij maakten om de bedragen bij u (verzekeringnemer) te innen volledig vergoeden.

4.4. Beëindiging van uw verzekering

4.4.1. Wij beëindigen uw verzekering

Heeft u (verzekeringnemer) de verschuldigde en opeisbare kosten niet binnen veertien dagen nadat wij u hebben aangemaand, (volledig) betaald, dan beëindigen wij de aanvullende verzekering van alle verzekerden. Wij hoeven daarvoor tegenover u (verzekeringnemer) geen officiële verklaring af te leggen dat u (verzekeringnemer) uw verplichtingen niet na bent gekomen. Ook de tussenkomst van een rechter is daarvoor niet nodig. U (verzekeringnemer) blijft verplicht om ons alle verschuldigde en opeisbare bedragen te betalen.

4.4.2. Schuld over een beëindigde verzekering

Als u (verzekeringnemer) of één van de verzekerden ons nog kosten schuldig is over een aanvullende verzekering die inmiddels beëindigd is, hebben wij met betrekking tot de lopende aanvullende verzekering het recht:

- a. kosten die u (verzekeringnemer en verzekerden) van ons vergoed krijgt te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- b. uw (verzekeringnemer en verzekerden) huidige, lopende aanvullende verzekering te beëindigen;
- c. onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare kosten afgelost heeft. De nota's die u (zowel verzekeringnemer als verzekerde) in de tussenliggende periode indient, vergoeden wij niet totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde kosten aan ons heeft betaald.

4.4.3. Geld terug bij einde verzekering in de loop van een betalingsperiode

Eindigt uw aanvullende verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald heeft, dan krijgt u (verzekeringnemer) over de resterende tijd van die betalingsperiode een gedeelte van het betaalde bedrag terug.

Wij brengen over het terug te betalen bedrag wel administratiekosten in mindering.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

5. Uitsluitingen

Waar vindt u welke informatie?

5.1. kosten door bestaande ziekte bij aanvraag verzekering

Kosten die ontstaan als gevolg van een ziekte of afwijking die u al had voor of tijdens de aanvraag van de aanvullende verzekering, vergoeden wij **niet** als de ziekte of afwijking bij de aanvraag van de aanvullende verzekering al bij u (verzekerde of verzekeringnemer) bekend was of klachten veroorzaakte, terwijl u (verzekerde of verzekeringnemer) of de verklarende zorgverlener dit niet op onze uitdrukkelijke vragen aan ons heeft gemeld. Kosten die niet samenhangen met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel.

Toelichting: deze uitsluiting geldt alleen als u een aanvullende verzekering heeft gesloten en wij in het aanmeldingsformulier nadrukkelijk vragen hebben gesteld over de gezondheidstoestand. Bij voorbeeld stellen wij vragen over tandheelkundige kosten in de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts.

5.2. kosten die onder een andere verzekering vallen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten die u vergoed zou kunnen krijgen uit:
 - 1) een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum;
 - 2) een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling;
 - 3) een regeling van overheidswege of een subsidieregeling, als de aanvullende verzekering die u bij ons heeft afgesloten niet zou hebben bestaan;
- b. kosten die verband houden met een behandeling waarop u recht zou hebben uit:
 - 1) een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum;
 - 2) een volksverzekering of sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling;
 - 3) een regeling van overheidswege of subsidieregeling als de aanvullende verzekering die u bij ons heeft afgesloten niet zou hebben bestaan;
- c. kosten:
 - 1) die verband houden met een spoedeisende behandeling in het buitenland, en;
 - 2) voor zover die vallen onder de dekking van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering, inclusief een dekking voor medische kosten in het buitenland, of voor zover die op andere gronden door de (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgesloten, en;
 - 3) die bij ons worden gedeclareerd door de (reis)verzekeraar, bij wie de (reis)verzekering afzonderlijk is gesloten.
- d. kosten, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen onder een andere regeling of verzekering maar waarvan u de naam van de betreffende verzekeraar niet aan ons heeft genoemd.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

5.3. kosten van bepaalde behandelingen

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet algemeen medisch erkend is volgens de in Nederland geldende medische normen of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
- b. kosten die verband houden met psychoanalyse, tenzij in deze Algemene Voorwaarden en/of het Vergoedingen Overzicht waarop uw aanvullende verzekering staat vermeld, uitdrukkelijk wordt bepaald dat deze kosten wel onder de dekking van uw verzekering vallen of deze kosten daaronder worden begrepen;
- c. kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard, tenzij een bepaalde behandeling uitdrukkelijk wordt vergoed op grond van de voorwaarden van een aanvullende verzekering.
- d. kosten van het ongedaan maken van een sterilisatie die u vrijwillig heeft ondergaan, tenzij in deze Algemene Voorwaarden en/of het Vergoedingen Overzicht waarop uw aanvullende verzekering staat vermeld, uitdrukkelijk wordt bepaald dat deze kosten wel onder de dekking van uw verzekering vallen;
- e. kosten die veroorzaakt zijn door of verband houden met onderzoeken, controles en behandelingen van preventieve aard en/of bevolkingsonderzoeken, tenzij in deze Algemene Voorwaarden en/of het Vergoedingen Overzicht waarop uw aanvullende verzekering staat vermeld, uitdrukkelijk wordt bepaald dat deze kosten wel onder de dekking van uw verzekering vallen;
- f. kosten die veroorzaakt zijn of verband houden met:
 - 1) keuringen;
 - 2) het afgeven van attesten;
 - 3) vaccinaties met betrekking tot kinderziekten.
- g. kosten van een behandeling die naar ons oordeel niet het doel heeft de ziekte of ziekteverschijnselen te bestrijden of verergering van de ziekte te voorkomen;
- h. kosten die verband houden met:
 - 1) zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek;
 - 2) sportmassage;
 - 3) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - 4) bedrijfshulpverleningscursussen.
- i. kosten die verband houden met collectieve behandelingen of behandelingen in groepsverband, tenzij deze volgens de voorwaarden wel vergoed worden;
- j. kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt of verzuimt;
- k. kosten die verband houden met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
- L. kosten van behandelingen die niet medisch of tandheelkundig noodzakelijk zijn;
- m. kosten van behandelingen die niet zijn te beschouwen als verantwoorde en adequate zorg;
- n. kosten van behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie, taalonderzoek, spellingsonderzoek of anderstaligheid, logopedische behandelingen op school.

5.4. kosten door eigen bijdrage of keuze voor bepaalde zorgverleners

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. de wettelijke eigen bijdragen die u moet betalen op grond van de A.W.B.Z. of de Zorgverzekeringswet vergoeden wij niet. Wij vergoeden deze kosten wel als deze volgens de voorwaarden onder de dekking van uw verzekering vallen en/of dat zo blijkt uit het Vergoedingen Overzicht;

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- b. kosten die op grond van uw hoofdverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend door een zorgverlener of zorginstelling waarmee geen tarieven zijn afgesproken. De mogelijkheid bestaat dat u daardoor op grond van de hoofdverzekering minder vergoeding ontvangt dan u zou hebben gehad wanneer de zorg zou zijn geleverd door een zorgverlener of zorginstelling waarmee wel tarieven zijn afgesproken.

5.5. kosten door omwisselen muntsoort

Kosten die verband houden met het omwisselen en betalen in vreemde valuta of betaling op bankrekeningen buiten Nederland vergoeden wij **niet**.

5.6. kosten door geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

De volgende kosten vergoeden wij **niet**:

- a. kosten die veroorzaakt zijn door of verband houden met:
- 1) een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand of binnenlandse onlusten;
 - 2) oproer of mouterij;
 - 3) terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk "terrorismerisico" te noemen). Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen worden echter wel vergoed voor zover zij (zouden) zijn te voldoen uit het bedrag dat wij onder de herverzekering ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) te Amsterdam danwel onder de herverzekering zouden hebben ontvangen, als wij de herverzekering zouden hebben gesloten. Onder de herverzekering van de N.H.T. vallen kosten van deze gebeurtenissen als die in Nederland plaatsvinden, maar ook als zij in het buitenland plaatsvinden. Van deze herverzekering en dus van vergoeding zijn uitgesloten kosten van verzekerden die buiten Nederland wonen.

Wij gaan bij de vormen van geweld onder nummers 1) en 2) uit van de definities die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Deze tekst is in bewaring gegeven bij de Griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag. Bij de vormen van geweld onder nummer 3) gaan wij uit van de definities die de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) heeft vastgelegd in het laatst geldende zogenaamde "Clausuleblad terrorismedekking" van de N.H.T..

Toelichting 1: Terrorisme, kwaadwillige besmetting en preventieve maatregelen zijn bij de N.H.T. omschreven.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

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

Onder kwaadwillige besmetting wordt verstaan "het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken".

Onder preventieve maatregelen worden verstaan "van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken".

Toelichting 2: De herverzekering van de N.H.T. biedt dekking voor de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de N.H.T. aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

Toelichting 3: Van de herverzekering van de N.H.T. wordt door bijna alle Nederlandse verzekeraars gebruik gemaakt. Er is ook één landelijk polisblad "terrorisme" uitgegeven. Zie daarvoor de internetsite www.terrorismeverzekerd.nl.

- b. kosten die ontstaan zijn:
- 1) door uw grove schuld, door uw (bewuste of onbewuste) roekeloosheid, door uw (voorwaardelijk) opzet of met uw instemming;
 - 2) door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelende arts of therapeut;
 - 3) doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig belemmert.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- c. kosten die verband houden met of het gevolg zijn van het (mede)plegen van, het medeplichtig zijn aan of het doen van een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Onder fraude verstaan wij het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke gronden en/of wijzen verkrijgen van een vergoeding van ons of een verzekeringsovereenkomst met ons.

Deze uitsluiting is niet alleen van kracht als u (verzekeringnemer of verzekerde) een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als een ander dit doet, die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener of leverancier).

In alle bovengenoemde gevallen zullen wij de uitkering naar evenredigheid verminderen als wij bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zouden hebben bedongen.

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- 1) aangifte doen bij de politie;
- 2) de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- 3) registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- 4) uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

5.7. kosten door atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden, dan vergoeden wij deze wel onder de volgende voorwaarden:

- a. de Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- b. de plaats van de nucliden is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- c. volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde voor de geleden schade aansprakelijk.

Toelichting: Een voorbeeld van de kosten die wij vergoeden zijn de kosten van bestraling bij kankerpatiënten. Bij deze bestraling zijn atoomkernreacties betrokken. De kosten van deze bestraling vergoeden wij wel, ook al hebben de kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

5.8. verjaring

U heeft geen recht meer op vergoeding van kosten drie jaren nadat u wist of behoorde te weten, dat deze geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de aanvullende verzekering(en) voor vergoeding in aanmerking kwamen.

5.9. kosten tijdens detentie

Gedurende de periode dat sprake is van detentie heeft u geen aanspraak op zorg en geen recht op kostenvergoeding van zorg, ook al valt deze zorg onder verzekerde zorg.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

6. Informatie en registratie

6.1. Algemeen

Informatie die van belang is voor de inhoud van uw aanvullende verzekering, verstrekt u aan ons en verstrekken wij aan u. Deze informatie wordt schriftelijk verstrekt. Wij gaan ervan uit dat onze (schriftelijke) berichten u bereiken op het adres dat u het laatst aan ons hebt doorgegeven.

U bent verplicht ons tijdig gegevens, toestemming en inlichtingen te geven. Zolang u dit niet doet, vergoeden wij de kosten die u maakt niet en nemen onze verplichtingen tegenover u ook niet toe. Worden wij in een redelijk belang geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt en weigert u alsnog deze na te komen, dan vervalt uw recht op vergoeding in zijn geheel.

6.2. Juiste gegevens: wijzigingen tijdig doorgeven

De gegevens die van alle verzekerden op de polis staan, moeten juist zijn en juist blijven. Iedere wijziging in deze gegevens kan van invloed zijn op de rechten en plichten van uw aanvullende verzekering(en). Die wijziging moeten wij binnen 30 dagen schriftelijk van u hebben ontvangen. Doet u dat tijdig, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op het moment van de wijziging. Doet u dit niet tijdig, dan gaat de aanpassing van de aanvullende verzekering in op een moment dat wij vaststellen.

Wij noemen hier enkele voorbeelden van deze wijzigingen:

- a. adreswijziging;
- b. wijzigingen in de gezinssamenstelling;
- c. overlijden van verzekerde en/of verzekeringnemer;
- d. geboorte;
- e. aanvang en einde van detentie.

Deze wijzigingen geven u (verzekeringnemer) niet het recht om op dat moment een andere verzekering te kiezen.

Toelichting 1: Adreswijziging: Wij hebben de juiste gegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens verstaan wij daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, telefaxnummer, e-mailadres, etc.

Toelichting 2: Wijziging van de gezinssamenstelling: door bijvoorbeeld geboorte of overlijden wijzigt de samenstelling van uw gezin en daarmee van de aanvullende verzekering. Ook als uw kind trouwt of gaat studeren, kan de samenstelling van uw gezin veranderen. Dat kan ook gevolgen hebben voor uw aanvullende verzekering. Als dat gebeurt, moet u dat aan ons doorgeven, zodat wij uw aanvullende verzekering kunnen wijzigen.

6.3. Verhaalsmogelijkheden

U (verzekeringnemer en verzekerde) bent verplicht ons meteen en uiterlijk binnen veertien dagen op de hoogte te stellen, als derden aansprakelijk zijn te stellen voor kosten van behandeling als gevolg van u overkomen omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen. Zie ook artikel 1.9..

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

6.4. Uw toestemming voor informatieverstrekking en registratie

U geeft ons vanaf het moment dat de aanvullende verzekering ingaat, toestemming om:

- a. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te vragen als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de aanvullende verzekering na te kunnen komen;
- b. namens u aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen te geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de aanvullende verzekering na te kunnen komen of de uitvoering van uw aanvullende verzekering doelmatiger te laten verlopen;
- c. namens u met zorgverleners en leveranciers van goederen te onderhandelen over de kosten en zondig (en dan op onze kosten) tegen hen te procederen;
- d. de persoonlijke gegevens van u die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw aanvullende verzekering(en) op te nemen in onze administratie;
- e. de persoonlijke gegevens van u waarover wij beschikken te gebruiken, te verstrekken aan derden of ermee te procederen met het doel onze gerechtvaardigde belangen in en buiten rechte te beschermen.

Toelichting: informatie geven aan derden: Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandeld heeft, weet hoe u bent verzekerd. Die informatie kunnen wij hem geven. Zie onder letter b.

6.5. Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens die wij in onze administratie opnemen, worden voor de volgende doeleinden verwerkt:

- a. het beoordelen en accepteren van (potentiële) verzekerden, het aangaan en uitvoeren van aanvullende verzekeringen en het afwickelen van het betalingsverkeer;
- b. het verrichten van analyses van persoonsgegevens ten behoeve van statistische en wetenschappelijke doeleinden;
- c. het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten teneinde een relatie tot stand te brengen en/of in stand te houden dan wel uit te breiden;
- d. het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector, daaronder mede begrepen het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de branche waar wij deel van uitmaken, alsmede het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- e. het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

6.6. Controle

Wij zijn bevoegd materiële, inhoudelijke controle en onderzoek naar fraude te verrichten met betrekking tot de afwikkeling van de aanvullende verzekeringen en de gegevens die wij daarvoor in onze administratie hebben opgeslagen en verwerkt. Dit doen wij op de wijze zoals is vastgesteld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen", welke laatste twee zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. U geeft ons daarvoor toestemming en bent verplicht daaraan uw medewerking te verlenen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

7. Verandering van de voorwaarden

7.1. Ons recht op verandering

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden, de vergoedingen en de hoogte van de premie tijdens de duur van de aanvullende verzekering te veranderen. Dit mogen wij zowel voor één of meer aanvullende verzekeringen als voor alle aanvullende verzekeringen doen.

Toelichting: Onder veranderen verstaan wij in dit artikel een verandering die geldt in het algemeen en die dus niet alleen op u van toepassing is. Het gaat in dit artikel bijvoorbeeld om een verandering van de premie doordat bepaalde tarieven zijn gestegen. Het gaat in dit artikel dus niet om individuele veranderingen, die alleen uw polis en alleen uw gezinsleden betreffen. De bedoelde verandering betreft dan alle verzekerden die dezelfde aanvullende verzekering als u hebben.

7.2. Uw recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen

Als u het niet eens bent met de verandering zoals bedoeld in artikel 7.1., kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen of een andere aanvullende verzekering kiezen. Wij moeten de opzegging of wijziging binnen 30 dagen nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld, schriftelijk van u hebben ontvangen. De lopende aanvullende verzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Wilt u een andere aanvullende verzekering kiezen, dan eindigt de lopende aanvullende verzekering op het moment dat de verandering ingaat. Op datzelfde moment gaat dan de nieuwe aanvullende verzekering in. Hebben wij binnen 30 dagen geen schriftelijke opzegging of verzoek tot wijziging van u ontvangen, dan gaan wij ervan uit dat u instemt met de veranderingen. U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen en ook niet een andere aanvullende verzekering kiezen in de gevallen die genoemd worden in artikel 7.3.

7.3. Geen recht de aanvullende verzekering op te zeggen of te wijzigen

U heeft niet het recht uw aanvullende verzekering op te zeggen of te wijzigen als het gaat om een verandering van de voorwaarden, vergoeding of premie:

- a. als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- b. die uw rechten niet vermindert of uw plichten niet verzwaaert;
- c. doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt die van belang is voor de hoogte van uw premie;
- d. die geen betrekking heeft op de aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) heeft afgesloten.

8. Wat kunt u ondernemen bij klachten?

Heeft u klachten over ons? Laat het ons weten. Wij zullen de klacht zo goed mogelijk behandelen. Lukt dat naar uw mening niet, dan leest u in dit artikel welke acties u in dat geval verder kunt ondernemen.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

8.1. schriftelijke klacht

Als u niet akkoord gaat met de manier waarop wij in een bepaald geval uw aanvullende verzekering uitvoeren of als u andere klachten heeft, kunt u dit ons laten weten. Als u dat schriftelijk doet, dan kunt u een brief sturen naar de Klachtencoördinator (zie adres vóór in dit boekje).

8.2. beslissing

De Raad van Bestuur beslist over uw klacht en wij stellen u van deze uitkomst op de hoogte.

8.3. niet akkoord?

Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur en zijn uw klachten naar redelijke verwachtingen niet weggenomen? U heeft dan de volgende mogelijkheden:

- a. u kunt uw klacht voorleggen aan de rechter.
- b. u kunt uw klacht ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering. Bij deze stichting werkt de Ombudsman zorgverzekeringen. Deze ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Het adres en de internetsite van de Ombudsman staat voor in dit boekje.

8.4. klacht over standaardformulieren

Als u niet akkoord gaat met de door ons gebruikte standaardformulieren (bijvoorbeeld voor aanmelding of wijziging van uw aanvullende verzekering) kunt u hierover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. De uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit wordt gegeven in de vorm van een bindend advies. Het adres van de Nederlandse Zorgautoriteit staat voor in dit boekje.

9. Tot slot

In alle gevallen waarin deze voorwaarden niet voorzien beslist onze Raad van Bestuur hoe daarmee om wordt gegaan.

HOOFDSTUK 4 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1. Begripsomschrijvingen

In dit artikel wordt de betekenis van de begrippen die in de voorwaarden voorkomen uitgelegd.

Aanvullende verzekering

een overeenkomst van verzekering met als onderwerp een dekking die is afgestemd op en een aanvulling vormt op een zorgverzekering. U kunt één aanvullende verzekering of meerdere aanvullende verzekeringen in combinatie bij ons afsluiten. Als wij hierna spreken over "aanvullende verzekering", verstaan wij daaronder – blijkens de context - ook een

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

combinatie van aanvullende verzekeringen. Uit de naam van een verzekering blijkt, of dat een aanvullende verzekering is.

Toelichting: Uit de naam "Aanvullende Verzekering Plus" blijkt dat dit een aanvullende verzekering is.

ADL- hulpmiddelen

hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Toelichting: denk bijvoorbeeld aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

Ambulance

een auto ingericht en bestemd voor het vervoer van zieken en gewonden en met voldoende opgeleid en bekwaam personeel.

Anti-decubitusmateriaal

Hulpmiddelen en materialen om doorliggen en weefselsterfte bij langdurig verblijf in bed te voorkomen.

Apotheek

instelling die geneesmiddelen ter hand stelt. Degene die de instelling beheert (de apotheker) moet geregistreerd staan zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Apotheker

degene die als apotheker geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G..

Arts

degene die als arts geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G. en geregistreerd is als huisarts of medisch specialist.

Arts verstandelijk gehandicapten

degene die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van erkende artsen verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

A.W.B.Z.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Toelichting: Het doel van de A.W.B.Z. is de Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Deze wet geeft u bijvoorbeeld aanspraak op thuiszorg, verpleeghuiszorg of zorg in een instelling voor gehandicapten. Voor de uitvoering van deze wet kunt u zich wenden tot het zorgkantoor in uw regio.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Bedrijfsarts

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

Behandeling

als wij in deze voorwaarden spreken over een "behandeling", bedoelen wij:

- a. een geneeskundige ingreep of verrichting; of
- b. een consult; of
- c. een visite; of
- e. een levering van een hulpmiddel of geneesmiddel; of
- f. een opname; of
- h. een onderzoek; of
- i. een diagnose; of
- j. medisch specialistische zorg.

Per dag wordt maximaal één behandeling van dezelfde soort vergoed.

Onder behandeling verstaan we **niet**:

- a. training en fysieke oefeningen;
- b. begeleiding bij training en fysieke oefeningen;
- c. cursussen.

Toelichting: op één dag vergoeden wij bijvoorbeeld zowel een consult van een alternatief arts als een behandeling door een fysiotherapeut, maar niet twee behandelingen fysiotherapie. Ook al ondergaat u die bij twee verschillende fysiotherapeuten of zijn deze behandelingen voor verschillende aandoeningen.

Bekkentherapeut

een fysiotherapeut, die staat geregistreerd zoals is bepaald in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bevalling

het einde van de zwangerschap na de achttiende week.

Toelichting: Wordt uw zwangerschap vòòr de achttiende week beëindigd, dan kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een miskraam. In dat geval heeft u geen recht op kraamzorg of kraamzorguitkering.

B.I.G.

zie Wet B.I.G.

Buitenland

elk ander land dan Nederland. Als u niet in Nederland woont en u hebt juist om die reden bij ons een (andere) verzekering gesloten, dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Bijkomende kosten

kosten die een instelling naast de geldende verpleegtarieven mag rekenen. Dit wordt geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Toelichting: Met "bijkomende kosten" worden bijvoorbeeld bedoeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, het verband en de geneesmiddelen in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

Centrum voor mondzorg

praktijk voor tandheelkundige zorg, waaraan een of meerdere tandartsen, mondhygiënist of andere bevoegde zorgverleners zijn verbonden.

Chronische aandoening

een blijvende aandoening. De aandoening kan zich permanent, periodiek, maar ook incidenteel openbaren.

Collectieve overeenkomst

de overeenkomst die wij hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt of bent aangesloten, met het doel u en uw collega's de mogelijkheid te bieden om bij ons een collectieve verzekering te sluiten.

Collectieve verzekering

de verzekering die u bij ons heeft afgesloten waarbij u vanwege een collectieve overeenkomst tussen het bedrijf of de instelling waar u werkt of bent aangesloten, bepaalde voordelen heeft in vergelijking tot een individuele verzekering.

Cursus

een theoretisch leerproces in een bepaalde vastgestelde vorm en binnen een bepaalde tijd. In de cursus krijgt u door middel van persoonlijk contact informatie aangereikt. Doel van die informatie is dat uw kennis om uw gezondheid in stand te houden of te verbeteren wordt vergroot.

C.V.Z.

College Voor Zorgverzekeringen.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dagbehandeling

opname korter dan 24 uur.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Detentie:

de feitelijke situatie van vrijheidsbeneming door de bevoegde overheidsorganen. Niet van belang is of deze vrijheidsbeneming is gebaseerd op een (on)herroepelijke veroordeling.

Dienstenstructuur

een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg 1992 dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Eerstelijns instelling

instelling met rechtspersoonlijkheid gericht op de eerstelijns (psychologische) gezondheidszorg, waarbinnen een of meer gezondheidszorgpsychologen – al dan niet in loondienst - uitsluitend eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ zorg leveren.

Eerstelijns psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die zich bij de beroepsuitoefening heeft toegelegd op het werken in de eerstelijnszorg van de geestelijke gezondheidszorg. N.B.: dit is een andere definitie dan het NIP hanteert voor de eigen registratie van eerstelijnspsychologen.

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Eigen bijdrage

het deel van bepaalde ziektekosten dat u zelf moet betalen omdat wij die kosten niet geheel vergoeden. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico.

Ergotherapeut

degene die bevoegd is de titel ergotherapeut te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en die als ergotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Onder EU-Lidstaten worden behalve Nederland de volgende landen binnen de EU (Europese Unie) verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

Farmaceutische zorg

het ter hand stellen van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement.

Fysiotherapeut

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Fysiotherapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck

een behandeling door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Geneesmiddelen

de middelen, die in de zin van de Geneesmiddelenwet als geregistreerd geneesmiddel, bloedproduct danwel dieetpreparaat in de ministeriële Regeling Zorgverzekering zijn bedoeld voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar.

Gezin of gezinsleden

- a. de personen die naar ons oordeel als elkaars enige levenspartner beschouwd kunnen worden, een gemeenschappelijke huishouding voeren en op hetzelfde adres wonen;
 - b. kinderen tot 18 jaar;
 - c. kinderen voor wie een wettelijk recht op studiefinanciering bestaat.
- Onder kinderen worden tevens adoptief- en pleegkinderen verstaan. Gezinsleden moeten door ons als verzekerden zijn geaccepteerd en op het polisblad vermeld staan.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.

Groepstherapie of behandeling in groepsverband

behandeling door dezelfde zorgverlener van twee of meer patiënten gelijktijdig.

Hoofdverzekering

de verzekering die u af kunt sluiten zonder dat dit in combinatie met een (of meerdere) aanvullende verzekering(en) hoeft te gebeuren. Een zorgverzekering is ook een hoofdverzekering.

Huidtherapeut

degene die bevoegd is de titel huidtherapeut te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut" en die als huidtherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Geneeskunst.

Huisartsvoorziening

het organisatorisch verband dat zorg verleent zoals dat gebruikelijk door of vanwege de huisarts wordt verleend (bijvoorbeeld centrale huisartsenpost).

Hulpmiddelen

de bij ministeriële Regeling Zorgverzekering vastgestelde lijst hulpmiddelen en het daarbij door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Hulpmiddelenzorg

de voorziening in de behoefte aan bij de Regeling zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Indicatie

aanwijzing welke behandeling moet worden toegepast ingeval van een bepaalde ziekte, aandoening of gebrek.

Injectie

het vaccin of de entstof, waarmee de vaccinatie / inenting plaatsvindt. Daaronder wordt niet begrepen het consult of de behandeling gedurende welke de vaccinatie of de inenting plaatsvindt.

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het afnemen van de eicellen;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jaar

kalenderjaar; de periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Jeugdgezondheidszorgarts

de arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum

een instelling die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en door ons erkend is als kraamcentrum.

Kraamzorg

de zorg voor moeder, kind en huishouding door de kraamhulp bij de verzekerde moeder thuis. De kraamzorg volgt direct op de bevalling van de moeder. De kraamzorg is alleen bedoeld voor de biologische moeder, niet voor anderen zoals bijvoorbeeld een adoptief moeder. De kraamhulp is verbonden aan een kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek

onderzoek dat verricht wordt door een laboratorium in het kader van een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium moet een tariefbeschikking hebben ontvangen, waardoor het laboratorium tot een bepaalde maximumprijs het onderzoek mag declareren.

Maand

kalendermaand; de periode die overeenkomt met één van de maanden van het jaar.

Manueel therapeut

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten

Medische noodzaak

de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling die door de medische wetenschap internationaal bekend, voldoende beproefd en deugdelijk bevonden is en daardoor is erkend.

Medisch specialist

zie onder "specialist".

Medisch specialistische zorg

zie onder "specialistische zorg".

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut" en het "Besluit functionele zelfstandigheid". De mondhygiënist werkt zelfstandig (is vrijgevestigd).

Nederlandse Zorgautoriteit

In dit orgaan worden ondergebracht (de functies van) het College Tarieven Gezondheidszorg het College toezicht zorgverzekeringen en de Zorgautoriteit.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Nurse practitioner

een verpleegkundige met een academisch denk- en werk niveau die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten en die de opleiding “advanced nursing practice” zijnde een HBO Masters opleiding, met goed gevolg heeft afgerond.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut-Cesar of oefentherapeut-Mensendieck

degenen die bevoegd is de titel oefentherapeut te voeren conform artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en die als oefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Oefentherapie Cesar of Mensendieck of fysiotherapie

een behandeling door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck of fysiotherapeut.

Ombudsman Zorgverzekeringen

het instituut dat klachten van verzekerden behandelt. Het instituut bemiddelt hierbij tussen u en ons, tenzij in de wet of een (andere) overeenkomst is geregeld dat er een andere klachtenregeling is aangewezen. De Ombudsman Zorgverzekeringen is ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Het adres staat in de Inleiding van deze Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen onder het deel “Adressen”.

Ongeval

- a. een plotselinge uitwendige, onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam;
- b. bevriezing, zonnesteek, blikseminslag en andere elektrische ontladingen;
- c. verdrinking, verstikking (niet ten gevolge van een ziekte) en verbranding die niet door natuurlijke of kunstmatige bestraling is ontstaan;
- d. acute vergiftiging en de schadelijke gevolgen van het ongewild binnenkrijgen van vreemde voorwerpen, infectieziekten en allergieën of bloedvergiftiging in aansluiting op verwonding ten gevolge van een ongeval;
- e. besmetting ten gevolge van een onvrijwillige val in het water of enig andere stof;
- f. uitputting, verhongering en verdorsting ten gevolge van schipbreuk, watersnood, noodlanding, instorting, insneeuwing of invriezing, e.d.;
- g. verstuiking, ontwrichting en verrekking van spieren, banden en/of pezen door een plotselinge, kennelijk overmatige, krachtsinspanning.

Onder een ongeval verstaan wij niet:

- a. ingewandsbreuk, lendespit (lumbago) en hernia;
- b. geestelijke stoornissen of geestelijke reacties op een ongeval zonder geneeskundig vast te stellen hersenletsel.

Opname

(Aanvang van) een verblijf langer dan 24 uur in een erkende instelling dat wij gecontracteerd hebben indien en zolang er:

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

- a. een medische noodzaak bestaat voor verpleging, onderzoek en behandeling die alleen in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) kunnen worden geboden en;
- b. onafgebroken medisch specialistische zorg door een specialist of kaakchirurg medisch noodzakelijk is.

Orthodontist

een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg. De vereniging is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).

Physician assistant

een zorgprofessional die de HBO-Masters opleiding "physician assistant" met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitvoeren van de meer routinematig geneeskundige handelingen. Deze handelingen gebeuren onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts waarbij sprake is van een complementaire samenwerking met de arts.

Podoloog

degene die lid is van een door ons erkende vereniging van podologen en die een praktijk houdt als podoloog. De podoloog heeft met succes een opleiding doorlopen voor het niet paramedische beroep podoloog. Hij is dus geen medicus en ook geen paramedicus. Hij stelt diagnoses en behandelt afwijkingen van de vorm van de voet en de functie van het bewegingsapparaat.

Toelichting: In de podologie wordt een therapie gehanteerd, die bestaat uit het toepassen van corrigerende en beschermende technieken aan de voet, zoals ortheses en schoen- en zoolcorrecties. Tevens worden adviezen gegeven ter voorkoming van voetaandoeningen.

Podotherapeut

degene die op grond van zijn HBO-opleiding Podotherapie de titel van podotherapeut mag voeren zoals wordt bepaald in artikel 34 van de Wet BIG en lid is van de Nederlandse vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.).

Polis

het bewijs van verzekering dat u van ons ontvangt. Hierop staat onder andere de datum waarop uw verzekering ingaat en de soort verzekering aangegeven.

Prothese

hulpmiddel, dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

zenuwarts gelezen worden.

Psychiatrisch Ziekenhuis

een psychiatrisch ziekenhuis dan wel een psychiatrische afdeling van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) is een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van psychiatrische zieken die als psychiatrisch ziekenhuis dan wel als psychiatrische afdeling van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

Psychiatrische afdeling van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis)

Zie onder "psychiatrisch ziekenhuis".

Psychotherapeut

Degene die als psychotherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. De psychotherapeut werkt zelfstandig (vrijgevestigd) en is lid van de Nederlandse Vereniging van Psychotherapeuten.

Repatriëring

ziekenvervoer van u (verzekerde) van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar de plaats van behandeling of verpleging in Nederland, of als u daar niet woont, naar de plaats van behandeling of verpleging in uw woonland.

Repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- a. de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet voorhanden of niet goed mogelijk is en in het woonland / Nederland wel;
- b. behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
- c. behandeling in het buitenland ter plaatse substantieel hogere kosten met zich meebrengt vergeleken met de kosten van behandeling in het woonland / Nederland.

Redenen zoals gezinshereniging of taal en taalproblemen zijn sociale motieven; daardoor is geen medische noodzaak aanwezig tot repatriëring.

Toelichting: Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Repatriëring valt lang niet altijd onder de voorwaarden van uw (aanvullende) verzekering.

Voorbeelden:

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht zijn deze kosten niet gedekt door de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren door middel van een reisverzekering.

Het repatriëren van een stoffelijk overschot (waarmee duizenden euro's gemoeid zijn) wordt in de meeste gevallen ook niet gedekt door de (aanvullende) verzekering. Daarvoor is slechts in enkele zeer uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen (artikel 17.1.2.e). Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

Schoonheidsspecialist

degene die in het bezit is van een diploma van de basisopleiding en een vervolgopleiding voor schoonheidsspecialisten en als schoonheidsspecialist praktijk houdt. Het diploma moet

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

internationaal door en binnen de EU erkend zijn. De vervolgopleiding moet een specialisatie betreffen in de gedeclareerde behandelingen waarvan u de kosten bij ons heeft verzekerd. De schoonheidsspecialist is met de desbetreffende specialisatie geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

Toelichting: een schoonheidsspecialiste kan dus alleen maar de kosten van een acné-behandeling declareren, als zij naast haar basisopleiding ook een diploma voor die specialisatie heeft behaald. Bij de beroepsvereniging ANBOS is de schoonheidsspecialiste geregistreerd voor deze specialisatie. Een diploma voor bijvoorbeeld elektrische epilatie is niet voldoende om bij ons een acné-behandeling te kunnen declareren.

Schriftelijk

per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht. Heeft u een verzekering via internet gesloten, dan vindt schriftelijk contact met ons alleen plaats door middel van e-mailberichten.

Specialist of medisch specialist

een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Specialistische zorg of medisch specialistische zorg

Zorg, behandeling of onderzoek door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Spoedeisend

medisch niet verantwoord om het verlenen van hulp uit te stellen.

Sportarts

de arts die geregistreerd is in het register van sociaal-geneeskundigen op grond van de Wet BIG in het daartoe aangewezen register. De arts is opgeleid in de sociale geneeskunde en als zodanig geregistreerd.

Tandarts

degene die als zodanig geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Tandarts implantoloog

degene die lid is van de Nederlandse vereniging voor orale implantologie (NVOI).

Tandheelkundige noodzaak

de noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundig - wetenschappelijke overwegingen.

Tandprotheticus

degene die is opgeleid volgens het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Thuiszorg

verpleging of verpleging in combinatie met verzorging voor één of meer dagdelen bij u thuis. Deze verpleging of verzorging dient ter bekorting of vervanging van een opname, specialistische behandeling of verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

Tijdelijk verblijf in het buitenland

uw aanwezigheid in het buitenland zonder dat u daar woont. (Zie hiervoor ook het begrip "wonen" in deze begripsomschrijvingen).

Toestemming

Onze aan uw zorg voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring waaruit blijkt dat wij deze zorg beschouwen als onder uw verzekering vallende zorg.

UPT-tariefcode

de code Uniforme Particuliere Tarieven. Deze code wordt landelijk gebruikt om tandheelkundige verrichtingen te kunnen benoemen.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verpleeghuisarts

degene die als verpleeghuisarts is ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen van de koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verpleegkundige

degene die als verpleegkundige staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

de advisering door een zorgverlener of zorginstelling aan de verzekerde om gebruik te maken van de diensten van een andere zorgverlener of zorginstelling voor behandeling.

Verzekerde(n)

degene(n) die zo op de polisblad vermeld staat of staan. In de verzekeringsvoorwaarden wordt de verzekerde aangesproken met "u" en "uw".

Verzekeringnemer

degene die de verzekering heeft afgesloten en zo op het polisblad vermeld staat. In de

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

verzekeringsvoorwaarden worden zowel de verzekerde als de verzekeringnemer aangesproken met “u” en “uw”. Wanneer we alleen de verzekeringnemer en niet de verzekerde bedoelen, is deze aangeduid met “u (verzekeringnemer)”.

Voorschrift

de vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke specifieke zorg, onderzoek, behandeling of therapie om medisch professionele redenen op de verzekerde toegepast moet worden.

Week

een periode die begint op maandag en vanaf die dag zeven achtereenvolgende dagen duurt.

Wet B.I.G.

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Toelichting: De Wet B.I.G. regelt aan welke eisen verschillende groepen van zorgverleners moeten voldoen om hun beroep te mogen uitoefenen.

Wijziging van aanvullende verzekering

Het einde van een te vervangen, al lopende aanvullende verzekering en het begin van een vervangende, nog niet lopende aanvullende verzekering, welke laatste aanvangt direct aansluitend op de beëindigde, vervangen aanvullende verzekering. De wijziging kan ook betrekking hebben op een combinatie van meerdere aanvullende verzekeringen.

Wonen

de situatie dat u het middelpunt en uw sociale activiteiten geheel of overwegend op één bepaalde plaats of in één bepaald land heeft. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan wordt u geacht daar te wonen. (Zie hiervoor ook het begrip “tijdelijk verblijf in het buitenland” in deze begripsomschrijvingen).

Toelichting: Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis heeft of huurt, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van maatschappelijke of sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

Woonland

het land waar u woont, behalve Nederland.

Toelichting: wij praten over “woonland” als u in een ander land woont of bijvoorbeeld voor werk bent gedetacheerd.

Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)

een instelling voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Ziekenhuis

een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis), waar verpleging, onderzoek en behandeling van zieken plaatsvindt. Deze instelling is door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten.

Ziekenvervoer

- a. ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland: het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto, helikopter of eigen auto tussen:
- 1) de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte en
 - 2) de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging,
- b. ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland: het spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:
- 1) de tijdelijke verblijfplaats of de plaats van het ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland en
 - 2) de plaats van behandeling of verpleging in het buitenland of in Nederland of het wettelijke woonadres.
- Wij verstaan onder ziekenvervoer in dit geval **niet** het vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland.

Ziekenverzorger

degene die als ziekenverzorger geregistreerd is volgens de door de overheid gestelde regels.

Zorgverlener

de persoon of instelling die bevoegd is geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen danwel genees- en hulpmiddelen te leveren.

Zorgverzekeraar

Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar u.a.. Deze verzekeringsonderneming:

- a. is als zodanig toegelaten;
- b. heeft met u (verzekeringnemer) een of meerdere aanvullende verzekering(en) gesloten;
- c. kan ook zorgverzekeraar zijn in de zin van de Zorgverzekeringswet; en
- d. wordt in de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekeringen aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Toelichting: Vereniging Zorgverzekeraars Nederland geeft adviezen aan de zorgverzekeraars. Van deze vereniging zijn bijna alle zorgverzekeraars in Nederland lid.

Zorgverzekering

een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Zwangerschap

de lichamelijke toestand van de vrouwelijke verzekerde in de periode vanaf de conceptie tot de bevalling.