

De Goudse Zorg Polis Restitutie 2006

Modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1i van de Zorgverzekeringswet

INDEX		Onderwerp	Artikel
Onderwerp	Artikel		
I. Algemeen deel			
Begripomschrijvingen	1	Huisartsenzorg	18
Algemene bepalingen	2	Verloskundige zorg en kraamzorg	19
Grondslag	2.1	Medisch specialistische zorg	20
Medische noodzaak	2.2	Revalidatie	21
Ontlenen recht	2.3	Erfelijkheidsonderzoek	22
Verwerken persoonsgegevens	2.4	In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen	23
Kennisgevingen	2.5	In vitro fertilisatie (IVF)	23.1
Zorgverzekeringswet	2.6	Overige fertiliteitbevorderende behandelingen	23.2
Voorrangsbepaling	2.7		
Nederlands recht	2.8		
Werkgebied	2.9		
Premie	3	Audiologische zorg	24
Premiegrondslag	3.1	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	25
Verschuldigdheid van premie	3.2	Transplantatie van weefsels en organen	26
Betaling van premie	3.3	Niet klinische haemodialyse en peritoneaal dialyse	27
Vordering	3.4		
Overlijden	3.5	Chronische intermitterende beademing	28
Niet tijdig betalen	3.6	Oncologische aandoeningen bij kinderen	29
Overige verplichtingen	4	Trombosedienst	30
Verplichtingen	4.1	Paramedische Zorg (Bzv artikel 2.6)	
Belangen	4.2	Fysiotherapie en Oefentherapie	31
Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	César/Mensendieck	
Wijziging voorwaarden	5.1	Voor verzekerden jonger dan 18 jaar	31.1
Opzeggingsrecht	5.2	Voor verzekerden van 18 jaar en ouder	31.2
Ingang, duur en beëindiging van de zorgverzekering	6	Logopedie	32
Ingang en duur	6.1	Ergotherapie	33
Einde van rechtswege	6.2	Dieetadvisering	34
Opzegging door de verzekeringnemer	6.3	Mondzorg (Bzv artikel 2.7)	
Opzegging door de zorgverzekeraar	6.4	Mondzorg	35
Wijze van opzeggen	6.5	Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	36
Bewijs van einde	6.6	Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	37
Eigen risico	7	Farmaceutische zorg (Bzv artikel 2.8)	
No-claim	8	Geneesmiddelen	38
Buitenland	9	Dieetpreparaten	39
Uitsluitingen	10	Hulpmiddelenzorg (Bzv artikel 2.9)	
Geschillen	11	Hulpmiddelenzorg	40
Recht op vergoeding van kosten (restitutie)	12	Verblijf in een instelling (Bzv artikel 2.10)	
Machtigingen	13	Verblijf	41
Verwerking persoonsgegevens	14	Ziekenvervoer	
Fraude	15	Ambulancevervoer (Bzv artikel 2.13)	42
Vrijwaring	16	Zittend ziekenvervoer (Bzv artikel 2.14)	43
Reglementen	17		
II. Dekking en prestaties			
Geneeskundige zorg (Bzv artikel 2.4.)			

I Algemeen deel

ARTIKEL 1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In de hierna volgende modelovereenkomst wordt verstaan onder:

1. Ambulancevervoer

Het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.

2. Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de artsensijbereidkunst.

3. Apotheker

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

4. Arts

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

5. Audiologisch centrum

Een instelling voor audiologisch onderzoek en advisering.

6. AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

7. AWBZ-instelling

Een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

8. Bedrijfsarts

Een bedrijfsarts, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, en die als zodanig geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

9. Bekkenthérapeut

Een fysiotherapeut die als bekkenthérapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

10. Besluit Zorgverzekering

Besluit van 11 maart 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zvw.

11. Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

12. Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

13. CTG/Zorgautoriteit i.o.

Het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting zoals omschreven in de Wet tarieven gezondheidszorg.

14. Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.

15. Diëtist

Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefenthérapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist.

16. Eigen risico

Een door de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.

17. Ergotherapeut

Degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefenthérapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.

18. Europese Unie en EER-lidstaat

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

Onder de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) worden verstaan: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

19. Fysiotherapeut

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.

20. Geneesmiddelen

De in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit Zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

21. Huidtherapeut

Degene met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.

22. Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

23. Hulpmiddelen

De op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

24. Instelling:

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

25. Kaakchirurg

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

26. Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

27. Kraamcentrum

Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

28. Kraamverzorgende

Een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

29. Kraamzorghotel

Een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.

30. Logopedist

Degene die op grond van artikel 10 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel logopedist.

31. Machtiging

Een door of namens de zorgverzekeraar ten behoeve van de verzekerde verstrekte, aan de zorgafname voorafgaande schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg.

32. Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

33. Marktconform tarief

Een tarief zoals dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

34. Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

35. Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

36. Oefentherapeut César, oefentherapeut Mensendieck

Degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.

37. Orthodontist

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

38. Revalidatie-instelling

Een als zodanig toegelaten instelling.

39. Tandarts

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

40. Tandprotheticus

Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.

41. Verblijf

Opname met een duur langer dan 24 uur.

42. Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

43. Verloskundige

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

44. Verpleegkundige

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

45. Verzekerde

Degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

46. Verzekeringnemer

Degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten.

47. Verzekeringsplichtige

Degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

48. Voorkeursleverancier

Een leverancier waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

49. Wet BIG

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

50. Wtg-tarieven

Tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het CTG/de Zorgautoriteit i.o., volgens de Wet tarieven gezondheidszorg.

51. Zelfstandig behandelcentrum

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

52. Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

53. Zorg

Zorg of overige diensten.

54. Zorghotel

Een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een zorghotel en als zodanig door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

55. Zorgpolis

De akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

56. Zorgverzekeraar

De naamloze vennootschap Maatschappij voor Zorgverzekering Gouda N.V., gevestigd te Gouda, die deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert.

57. Zorgverzekering

Een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan.

58. Zvw

De Zorgverzekeringswet.

ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN**2.1. Grondslag**

De zorgverzekering is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan de zorgverzekeraar zijn verstrekt. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze modelovereenkomst maakt deel uit van de op het polisblad vermelde zorgverzekering(en).

De verzekeraar kan de verzekering opzeggen in geval van opzettelijke misleiding of indien hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan hij de uitkering verminderen. De verzekeraar kan op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

2.2. Medische noodzaak

Recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze overeenkomst bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs

is aangewezen. De inhoud en omvang van de zorgvormen worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.3. Ontlenen recht

Recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de zorgverzekering rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien in deze modelovereenkomst wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Indien er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

2.4. Verwerken persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden verwerkt ten behoeve van de uitvoering van de verzekering, de hiermee verband houdende serviceverlening en voor informatieverstrekking op grond van wettelijke verplichtingen.

2.5. Kennisgevingen

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij de zorgverzekeraar bekende adres worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.

2.6. Zorgverzekeringwet

Voorzover het bij of volgens de Zvw en het Bzv bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze modelovereenkomst opgenomen. In geval van strijdigheid van het bij of volgens de Zvw en het Bzv bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens de Zvw en het Bzv voor. De toelichting bij de ministeriële regelingen met betrekking tot de Zvw en het Bzv is hierbij leidend. Eventuele wijzigingen in de ministeriële regelingen zijn onverkort van toepassing op de zorgverzekering.

2.7. Voorrangsbepaling

Voorzover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek dan wel de Zvw en het Bzv bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze modelovereenkomst opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw en het Bzv bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw en het Bzv voor.

2.9. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

2.10. Werkgebied

Het werkgebied van de zorgverzekeraar is geheel Nederland. De zorgverzekering volgens deze modelovereenkomst staat ook open voor in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Premiegrondslag

De premiegrondslag, alsmede de premiekortingen behorend bij deze modelovereenkomst, zijn opgenomen in de jaarlijks aan te passen premiebijlage, die onderdeel uitmaakt van deze modelovereenkomst.

3.2. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

3.3. Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen giraal en bij vooruitbetaling te voldoen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te

(her)berekenen c.q. te restitueren. De vervaldatum van de premie is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.

Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

3.4. Vordering

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.

3.5. Overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde overlijdt.

3.6. Niet tijdig betalen

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie of eigen risico, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen en/of de overeenkomst opzeggen, nadat de verzekeringnemer schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. Aan de beëindiging van de zorgverzekering wordt geen terugwerkende kracht verleend. Ingeval van schorsing geldt dat er geen recht op prestaties, bestaande uit zorg of vergoeding van de kosten van zorg, bestaat vanaf de dag na de meest recente premievervaldag. Over de periode van schorsing blijft verzekeringnemer verplicht de premie te voldoen.

Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer. Behoudens in geval van beëindiging, ontstaat weer recht op prestaties vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

4.1. Verplichtingen

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, medisch-specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar;
- aan de zorgverzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, welke nodig is voor de uitvoering van de zorgverzekering;
- de zorgverzekeraar te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt de zorgverzekeraar in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de zorgverzekeraar in haar belangen kan worden geschaad;
- de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer;
- in geval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's binnen 1 jaar na dagtekening bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder;
- een op grond van deze modelovereenkomst vereiste verwijzing over te (laten) leggen, indien de zorgverzekeraar hierom vraagt.

4.2. Belangen

Wanneer de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen kan de zorgverzekeraar de prestaties schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden en premiegrondslag van de bij hem lopende zorgverzekeringen te wijzigen. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen wijziging

mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere zorgverzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum, doch treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Indien de zorgverzekeraar de voorwaarden van de zorgverzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw gestelde regels. Indien de wijziging een verhoging van de premie (grondslag) betreft, kan de verzekeringnemer opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop de zorgverzekeraar hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging. Laatstbedoelde opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

ARTIKEL 6. INGANG, DUUR EN BEÏNDIGING VAN DE ZORGVERZEKERING

6.1. Ingang en duur

De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3 Zvw, eerste lid, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.

De zorgverzekering wordt gesloten voor onbepaalde duur.

6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 6.2.1 de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- 6.2.2 de verzekerde overlijdt;
- 6.2.3 de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het onder 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder 6.2.2 en 6.2.3 gestelde, tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien de zorgverzekeraar op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen:

- vóór 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;

- van een ander die hij heeft verzekerd, als deze verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd dan wel met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.4. Opzegging door de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.6;

- wegens het niet tijdig betalen van het verschuldigde eigen risico zoals vermeld in artikel 7;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of bescheiden aan de zorgverzekeraar die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
- indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden of indien de zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De zorgverzekering eindigt alsdan binnen twee maanden na ontdekking met onmiddellijke ingang.

De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico voor zover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.5. Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als de zorgverzekeraar kan de zorgverzekering slechts schriftelijk opzeggen.

6.6. Bewijs van einde

Indien de zorgverzekering eindigt, verstrekt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering, waarop wordt aangetekend:

- naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaalnummer en/of burger servicenummer van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
- de reden, indien deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.

ARTIKEL 7. EIGEN RISICO

7.1. De verzekeringnemer dient bij aanvang van de overeenkomst voor de zorgverzekering te kiezen uit een eigen risico van € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. De bijbehorende korting op de premie voor de zorgverzekering is hiervoor respectievelijk € 0,-, € 36,-, € 72,-, € 108,-, € 144,-, en € 180,-. Bij verlenging van de overeenkomst blijft het overeengekomen eigen risico gelijk tenzij door de verzekeringnemer anders wordt aangegeven.

7.2. Ingeval sprake is van een eigen risico, worden de kosten van zorg slechts in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald jaar geldend eigen risico voorzover deze kosten van zorg het bedrag aan no-claimteruggave, als bedoeld in artikel 8, hebben overschreden. Op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt is het eigen risico niet van toepassing.

7.3. Eigen bijdragen op grond van de zorgverzekering worden niet in mindering gebracht op het eigen risicobedrag.

7.4. Bij aanvang en beëindiging van de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar wordt het toepasselijke eigen risico-bedrag als volgt berekend.

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:

- a. ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

7.5. De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe vóór 1 november daaraan voorafgaand schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt doorgegeven.

7.6. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

ARTIKEL 8. NO-CLAIM

8.1. Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag (thans € 255,-), heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij de algemene maatregel van bestuur bepaalde bedrag en eerder bedoelde waarde.

8.2. De kosten van huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige zorg, hulpmiddelen in bruikleen en eigen bijdragen dan wel eigen betalingen op grond van de zorgverzekering worden niet in mindering gebracht op de no-claimteruggave. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die hij voorschrijft, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek en niet voor medisch specialistische zorg die door de huisarts wordt verleend.

8.3. Het bij algemene maatregel van bestuur bepaalde no-claimbedrag wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zorgverzekeringswet.

8.4. Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt het in het eerste lid bedoelde, bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.

De no-claimteruggave wordt berekend door van het aldus bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde achttien jaar werd.

8.5. De verzekerde die jonger is dan 18 jaar heeft geen recht op een no-claimteruggave. Dit recht kan eerst ontstaan op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

8.6. Voor de berekening van het recht op teruggave van no-claim worden de kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

De kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

8.7. De no-claimteruggave waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Als na vaststelling van de uitkering nog rekeningen voor in het desbetreffende kalenderjaar genoten zorg bij de zorgverzekeraar binnenkomen, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening is gehouden, hebben deze kosten gevolgen voor de inmiddels uitgekeerde no-claimteruggave. Dit kan nog tot en met uiterlijk 31 maart van het kalenderjaar daarna. Voorzover de betrokken verzekerde op dat latere tijdstip

nog is ingeschreven bij dezelfde zorgverzekeraar, zal de terugbetaling – voorzover dat mogelijk is – worden verrekend met de no-claimteruggave van het volgende kalenderjaar. Als de verzekerde het volgende kalenderjaar geen no-claimteruggave van die zorgverzekeraar ontvangt, omdat hij in het voorafgaande kalenderjaar veel zorg heeft geconsumeerd of omdat hij inmiddels is ingeschreven bij een andere zorgverzekeraar, ontstaat er een vordering van de zorgverzekeraar op de verzekerde aan wie de no-claimteruggave is uitbetaald. De zorgverzekeraar zal dit bedrag separaat bij de verzekeringnemer in rekening brengen.

ARTIKEL 9. BUITENLAND

9.1. De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg die verleend wordt door een zorgaanbieder buiten Nederland.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

9.2. Als de verzekerde woonachtig is dan wel tijdelijk verblijft in een ander EU-land, EER-staat of verdragsland dan Nederland, heeft de verzekerde naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering;
- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

9.3. De verzekerde die woont in een land dat geen EU-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:

- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

9.4. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU-land, EER-staat of verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU-land, EER-staat of verdragsland.

9.5. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten plaats.

9.6. De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in de modelovereenkomst is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens de wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht.

9.7. Indien bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het inroepen van zorg, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

ARTIKEL 10. UITSLUITINGEN

Er bestaat geen aanspraak op:

10.1. (Vergoedingen van) onderzoeken of behandelingen, die tot doel hebben het resultaat van een eerdere niet medisch noodzakelijke behandeling of ingreep teniet te doen.

10.2. Vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders.

10.3. Vergoeding van kosten die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering, de AWBZ of enige andere verzekering, tenzij in deze modelovereenkomst anders is bepaald.

10.4. (Vergoeding van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt op grond van enige wet, publiekrechtelijke regeling of andere overeenkomst, indien de verzekering bij de zorgverzekeraar niet zou bestaan.

10.5. (Vergoeding van de kosten van):

- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bij voorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- griepvaccinaties;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

10.6. (Vergoeding van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.

10.7. (Vergoeding van) zorg veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kern--installatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voorzover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

10.8. Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade, die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Bzv een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 Zvw of artikel 3.16 van het Bzv te bepalen omvang

ARTIKEL 11. GESCHILLEN

11.1. Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de directie van de zorgverzekeraar.

11.2. Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen een redelijke termijn door de zorgverzekeraar wordt gereageerd dan wel de zorgverzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde

het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet of kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.

11.3. De Geschillencommissie kan een bindend advies uitbrengen met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

11.4. Indien een verzekeringnemer of een verzekerde een klacht heeft over de handelwijze van de zorgverzekeraar kan hij deze ter kennis brengen van de zorgverzekeraar. Een dergelijke klacht dient te worden gericht aan de directie van de zorgverzekeraar.

11.5. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde het niet eens is met de beslissing die de zorgverzekeraar heeft genomen over de klacht, of wanneer de verzekeringnemer of de verzekerde binnen één maand geen reactie heeft ontvangen, heeft de verzekeringnemer of de verzekerde de mogelijkheid zich te wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen (www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl).

ARTIKEL 12. RECHT OP VERGOEDING VAN KOSTEN (RESTITUTIE)

12.1. De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de vormen van zorg of diensten zoals omschreven in deze modelovereenkomst.

12.2. De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in de modelovereenkomst is voldaan, tot ten hoogste de geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven meer gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomschrijvingen in redelijkheid passend is te achten. Op de vergoeding worden in mindering gebracht een eigen risico en een eventuele, krachtens de wet vastgestelde eigen bijdrage.

12.3. De zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van dit artikel jegens de zorgverzekeraar aanspraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

12.4. Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico, dan wel de kosten van zorg anderszins voor rekening van de verzekeringnemer komen, is de verzekerde die kosten verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling.

12.5. Indien bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

12.6. In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op (vergoeding van de kosten van) andere vormen van zorg dan genoemd in deze modelovereenkomst, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

12.7. Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

12.8. Indien de verzekerde op grond van bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

ARTIKEL 13. MACHTIGINGEN

13.1. Voor zover, als aangegeven in het betreffende zorgartikel, verzekerden dienen te beschikken over een machtiging alvorens hun aanspraken jegens de zorgverzekeraar geldend te kunnen maken, dient deze machtiging, voordat de verzekerde een zorgbehandeling zal ondergaan, dan wel voordat een levering aan de verzekerde zal plaatsvinden, door of vanwege de verzekerde bij de zorgverzekeraar te zijn aangevraagd en verkregen.

13.2. Machtigingen hebben een looptijd van zes maanden, ingaande op de datum waarop de machtiging is verstrekt, welke datum is opgenomen in de machtiging. Binnen voornoemde termijn van zes maanden dient de zorgbehandeling, respectievelijk de levering als omschreven in de machtiging, te hebben plaatsgevonden dan wel te zijn aangevangen. Na het verstrijken van de termijn van zes maanden, zonder dat van de machtiging gebruik is gemaakt, dient een nieuwe machtiging te worden aangevraagd. Een machtiging is niet meer geldig na tussentijdse beëindiging van de verzekering. De datum van voltooiing van de zorgbehandeling, respectievelijk de datum waarop de betreffende levering zal hebben plaatsgevonden, is bepalend voor de te ontvangen vergoeding.

ARTIKEL 14. VERWERKING PERSOONSgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en eventueel nader te overleggen persoons- en/of uitvoeringsgegevens worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Zij worden verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op de registratie zijn de Gedrageregels verwerking persoonsgegevens van De Goudse van toepassing, die ter inzage liggen bij de zorgverzekeraar of op verzoek worden toegezonden.

ARTIKEL 15. FRAUDE

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond respectievelijk wijze verkrijgen van een vergoeding van de zorgverzekeraar of een verzekering bij de zorgverzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op zorg of een vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer of de verzekerde of een bij de zorg of vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot het verkrijgen van zorg of een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die door de zorgverzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op zorg of vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan respectievelijk geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar:

- aangifte doet bij de politie;
- de verzekering beëindigt;
- registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaalringssystemen;
- uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvordert of verhaalt op de verzekeringnemer of de verzekerde.

ARTIKEL 16. VRIJWARING

De zorgverzekeraar is jegens de verzekeringnemer of de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door de verzekeringnemer of de verzekerde geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de zorgverzekeraar, tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om haar/zijn aanspraak op zorg of een vergoeding in het kader van deze modelovereenkomst geldend te maken. Aansprakelijkheid jegens de verzekeringnemer of de verzekerde als gevolg van enige daad of nalatigheid van de zorgverzekeraar zijn beperkt tot de direct hiermee verband houdende medische kosten.

ARTIKEL 17. REGLEMENTEN

Indien en voor zover in deze modelovereenkomst verwezen worden naar reglementen, lijsten en overzichten worden deze geacht onderdeel uit te maken van de in deze modelovereenkomst vastgelegde verzekeringsvoorwaarden. Zij zijn als vrij verkrijgbare informatie schriftelijk en via internet (www.goudse.nl) beschikbaar en gratis telefonisch opvraagbaar via telefoonnummer (0800) 235 66 66.

II Dekking en prestaties

Geneeskundige zorg (Bzv artikel 2.4)

ARTIKEL 18. HUISARTSENZORG

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek en beeldvormende diagnostiek.
2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover de zorgverzekeraar en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door: huisarts

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Bijzonderheden:

1. de zorg omvat niet het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
2. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan zorg die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts wordt geleverd door derden die medisch bevoegd zijn, zoals een doktersassistente, nurse practitioner of praktijkondersteuner.

ARTIKEL 19. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

Omschrijving: De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden danwel zelfstandig werkend kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 20 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op verloskundige hulp en kraamzorg.

c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

Eigen bijdrage: De eigen bijdrage voor kraamzorg als bedoeld onder b of c voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,- per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 100,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis of het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of het kraamcentrum.

d. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over

ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met de verzekeraar.

Eigen bijdrage: Op de aanspraak onder c. blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

Door:

- a. verloskundige zorg: een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden.
- b. kraamzorg: een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden danwel zelfstandig werkend kraamverzorgende.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 20. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is een second opinion door een medisch specialist begrepen. De aanspraak omvat tevens de toe te passen materialen (zoals geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen).

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde;
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde;
- d. behandelingen gericht op circumcisie van de verzekerde.

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Bijzonderheden:

1. onder medisch specialistische zorg wordt tevens verstaan de zorg die onder de medische verantwoordelijkheid van een medisch specialist wordt geleverd door derden, die medisch bevoegd zijn, zoals assistent-geneeskundigen, (gespecialiseerd) verpleegkundigen en orthoptisten;
2. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;
3. de voor de niet-klinische haemodialyse en de chronische intermitterende beademing benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 40, Hulpmiddelenzorg;
4. bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd. De ministeriële regeling maakt onderdeel uit van deze modelovereenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.goudse.nl;
5. voor de aanspraak op medisch-specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 18, Huisartsenzorg.

ARTIKEL 21. REVALIDATIE

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De aanspraak bestaat uitsluitend indien en voor zover deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door: een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door: behandelend arts of bedrijfsarts.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 22. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat erfelijkheidsonderzoek, onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Door: centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 23. IN VITRO FERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

23.1. In vitro fertilisatie (IVF)

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg omvattende in vitro fertilisatie (IVF) doch deze aanspraak is beperkt tot de tweede en derde poging in vitro fertilisatie (IVF) per zwangerschap. Onder een poging in vitro fertilisatie (IVF) wordt verstaan één bevruchting en terugplaatsing van embryo('s) (embryotransfer);

Door: gynaecoloog in een hiervoor vergunning houdende instelling.

Verwijzing door: gynaecoloog of uroloog.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief voor de 2e en 3e poging

Bijzonderheden:

1. een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), een terugplaatsing van een cryo-embryo (ingevroren bevruchte eicel) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor;
2. er bestaat aanspraak op geneesmiddelen die verband houden met de tweede en derde poging in vitro fertilisatie (IVF).

23.2. Overige fertiliteitbevorderende behandelingen

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg omvattende bij overige fertiliteitbevorderende behandelingen, behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Door: gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Bijzonderheden:

op grond van het Bzv bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen in verband met overige fertiliteitbevorderende behandelingen.

ARTIKEL 24. AUDIOLOGISCHE ZORG

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg, omvattende bij audiologische zorg, zorg in verband met:

onderzoek naar de gehoorfunctie;

- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur, en;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Door: een audiologisch centrum.

Verwijzing door: behandelend arts of bedrijfsarts.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 25. PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg omvattende behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemtespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfe-vaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

Geen aanspraak bestaat onder meer op:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de in onder c bedoelde behandeling anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, medisch specialist of kaakchirurg

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 26. TRANSPLANTATIE VAN WEEFSELS EN ORGANEN

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van geneeskundige zorg in verband met transplantatie van weefsels en organen, en omvat uitsluitend:

1. beenmergtransplantatie;
2. bottransplantatie;
3. hoornvliestransplantatie;
4. huidweefseltransplantatie;
5. niertransplantatie;
6. harttransplantatie;
7. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
8. longtransplantatie;
9. hartlongtransplantatie;
10. nierpancreastransplantatie.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de aanspraak op:

- a. de vergoeding van de kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;

c. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

d. de zorg waarop ingevolge deze overeenkomst aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voorzover die zorg verband houdt met die opnemings;

e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, op-neming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;

f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoed met de transplantatie die verband houden met het wonen van de verzekerde in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Door: medisch specialist.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 27. NIET-KLINISCHE HAEMODIALYSE EN PERITONEAALDIALYSE

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Door: een dialysecentrum.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Bijzonderheden:

Tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

1. de vergoeding van kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
2. de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparaat met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
3. vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.
4. vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
5. de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

ARTIKEL 28. CHRONISCHE INTERMITTERENDE BEADEMING

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum.

In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Door: een beademingscentrum.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 29. ONCOLOGISCHE AANDOENINGEN BIJ KINDEREN

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Door: de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van de kosten.

ARTIKEL 30. TROMBOSEDIENST

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg door de trombosedienst. De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Door: een trombosedienst.

Voorschrift: van behandelend arts.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende Wtg-tarief.

Paramedische Zorg (Bzv artikel 2.6)

ARTIKEL 31. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CÉSAR/MENSENDIECK

31.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden:

- ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;
- ter behandeling van aandoeningen die niet vallen onder de in dit artikel opgenomen omschrijving, punt 1, tot ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Bij ontoereikend resultaat kan deze zorg worden verlengd met ten hoogste 9 behandelingen.

Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut César/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing: is niet noodzakelijk indien de zorgverzekeraar een overeenkomst tot directe toegang heeft gesloten met de zorgaanbieder en een indicatie als genoemd in bijlage 1 van het

Besluit zorgverzekering op enig moment is vastgesteld door de behandelend arts. Indien geen overeenkomst is gesloten dient te worden verwezen door behandelend arts of bedrijfsarts.

Machtiging: als er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoening dient een machtiging te worden aangevraagd.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt maximaal 100% van het marktconforme tarief.

Bijzonderheden:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze modelovereenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.goudse.nl;
- er bestaat geen aanspraak op individuele behandeling dan wel groepsbehandeling bij zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

31.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.

Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door: fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut César/Mensendieck. Oedeemtherapie en littekenweefselbehandeling mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing door: is niet noodzakelijk indien de zorgverzekeraar een overeenkomst tot directe toegang heeft gesloten met de zorgaanbieder en een indicatie als genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering op enig moment is vastgesteld door de behandelend arts. Indien geen overeenkomst is afgesloten dient te worden verwezen door de behandelend arts of bedrijfsarts.

Machtiging: als er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoening dient een machtiging te worden aangevraagd.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt maximaal 100% van het marktconforme tarief.

Bijzonderheden:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze modelovereenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.goudse.nl;
- er bestaat geen aanspraak op individuele behandeling dan wel groepsbehandeling bij zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

ARTIKEL 32. LOGOPEDIE

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Door: logopedist.

Verwijzing door: behandelend arts of bedrijfsarts.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Bijzonderheden:

- er bestaat geen aanspraak op logopedische behandelingen in verband met:
- taalontwikkelingstoornissen i.v.m. dialect of anderstaligheid;
 - behandeling in verband met beroepsuitoefening;
 - spreken in het openbaar;
 - voordrachtskunst.

ARTIKEL 33. ERGOTHERAPIE

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Door: ergotherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief tot ten hoogste 10 behandelingen per jaar.

ARTIKEL 34. DIEETADVISING

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot ten hoogste 4 behandelingen per kalenderjaar.

Door: diëtist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief tot ten hoogste 4 behandelingen per jaar.

Mondzorg (Bzv artikel 2.7)

ARTIKEL 35. MONDZORG

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeiestoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
2. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of
3. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Onder de zorg zoals bedoeld onder 1 is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese; Orthodontische hulp is slechts onder de zorg als bedoeld in dit artikel begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door: tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tand-arts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

Verwijzing door: tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging: ja

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Eigen bijdrage: volgens de in artikel 2.7, lid 6 van het Besluit zorgverzekering bedoelde ministeriële regeling.

ARTIKEL 36. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Omschrijving: de verzekerde jonger dan 18 jaar heeft in andere gevallen dan bedoeld in artikel 35 onder 1 tot en met 3 aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen of orthodontisten die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;
5. sealing;
6. parodontale hulp;
7. anesthesie;
8. endodontische hulp;
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische hulp;
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het direct gevolg is van een ongeval;
13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Door: tandarts, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist werkend onder de verantwoordelijkheid van de behandelend tandarts.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

ARTIKEL 37. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Omschrijving: de verzekerde van 18 jaar en ouder heeft in andere gevallen dan bedoeld in artikel 35 onder 1 tot en met 3 aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van de tandheelkundige implantaat;
2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.

Door: kaakchirurg m.b.t. de zorg onder 1. en tandarts of tandprotheticus m.b.t. de zorg onder 2.

Machtiging: ja, indien de onder 1. bedoelde hulp extractie onder narcose en/of osteotomie omvat en ja, indien de kosten (inclusief techniekkosten) van de onder 2. bedoelde hulp per boven- c.q. onderkaak meer bedragen dan € 600,- en wordt vervaardigd en geleverd door een tandarts. Bij vervaardiging en levering door een tandprotheticus is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist indien de kosten (inclusief techniekkosten) per boven- c.q. onderkaak meer bedragen dan € 450,-.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Eigen bijdrage: volgens de in artikel 2.7, lid 6 van het Besluit zorgverzekering bedoelde ministeriële regeling.

Farmaceutische zorg (Bzv artikel 2.8)

ARTIKEL 38. GENEESMIDDELEN

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:

- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voorzover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft.

Door: apotheker of apotheekhoudend huisarts indien de verzekerde bij deze apotheekhoudend huisarts op naam is ingeschreven.

Machtiging: ja, voor de geneesmiddelen waarvoor bij Reglement farmaceutische zorg De Goudse is bepaald dat toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Voorschrift: huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

1. de zorgverzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts aanspraak bestaat op het door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddel. De verzekerde heeft in dat geval slechts aanspraak op het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, tenzij behandeling met het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. De aanwijzing van deze geneesmiddelen door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen als bedoeld in het Besluit zorgverzekering, artikel 2.8, lid 1, ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze aanwijzing vindt plaats volgens de bepalingen van het Reglement farmaceutische zorg. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen is eveneens opgenomen in dit Reglement. Het Reglement farmaceutische zorg De Goudse maakt onderdeel uit van deze modelovereenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.goudse.nl;

2. bij de ministeriële regeling worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Tevens wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld;

3. de verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoop prijs hoger is dan de door de Minister vastgestelde vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voorzover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend;

4. farmaceutische zorg omvat geen:

4.1. farmaceutische zorg die bij ministeriële regeling is uitgesloten;

4.2. geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;

4.3. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij het een verzekerde betreft die lijdt aan een ziekte, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

4.4. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

ARTIKEL 39. DIEETPREPARATEN

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten, onder de voorwaarden als vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Machtiging: ja.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt maximaal 100% van het marktconforme tarief.

Voorschrift: huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Hulpmiddelen zorg (Bzv artikel 2.9)

ARTIKEL 40. HULPMIDDELENZORG

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van bij ministeriële regeling als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. 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 de zorgverzekeraar. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking

en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Daarbij kan ook worden bepaald dat de verzekerde, in plaats van de vergoeding van kosten, aanspraak heeft op de verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Machtiging: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen De Goudse.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt maximaal 100% van het marktconforme tarief, tenzij er sprake is van een hulpmiddel in bruikleen.

Eigen bijdrage: volgens de genoemde ministeriële regeling.

Voorschrift: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen De Goudse

Bijzonderheden:

1. 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.

2. de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement hulpmiddelen De Goudse anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde;

3. geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde;

4. 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 opneming of behandeling, vallen niet onder de aanspraak. Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ;

5. het Reglement hulpmiddelen De Goudse maakt onderdeel uit van deze modelovereenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.goudse.nl.

Verblijf in een instelling (Bzv artikel 2.10)

ARTIKEL 41. VERBLIJF

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch noodzakelijk verblijf bij een opname langer dan 24 uur in verband met medisch specialistische en kaakchirurgische zorg zoals opgenomen in deze modelovereenkomst, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel, zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering.

Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verwijzing door: medisch specialist of kaakchirurg.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Bijzonderheden:

Voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen, worden onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Ziekenvervoer

ARTIKEL 42. AMBULANCEVERVOER (BZV ARTIKEL 2.13)

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een enkele reis-afstand van maximaal 200 kilometer:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;

2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;

3. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:

- 3.1. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
- 3.2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Door: vergunning houdende ambulancevervoerder.

Voorschrift: huisarts, verloskundige of medisch specialist. Voorschrift is niet noodzakelijk bij spoedgevallen.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt 100% van het geldende WTG-tarief.

Bijzonderheden:

indien de zorgverzekeraar toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

ARTIKEL 43. ZITTEND ZIEKENVERVOER (BZV ARTIKEL 2.14)

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer dan wel ziekenvervoer per auto over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
3. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - 3.1. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 3.2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
 4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Indien het vervoer gebeurt met een particuliere auto bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van een van de volgende situaties:

- a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
- b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan (inclusief vervoer voor nacontrole tot 6 maanden na de laatste behandeling);
- c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

Door: taxivervoerder, indien de aanspraak ziekenvervoer per taxi is.

Machtiging: ja.

Vergoeding: de vergoeding bedraagt maximaal 100% van het marktconforme tarief.

Eigen bijdrage: volgens de ministeriële regeling. Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 83 per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,24 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Voorschrift: huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

1. Indien de zorgverzekeraar toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.
3. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan de verzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

