

Polisvoorwaarden 2007

Basispolis

Geachte verzekerde,

Hierbij treft u de Algemene Voorwaarden aan, die van toepassing zijn op de Agis Basispolis. In de Algemene Voorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op hebt en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken. Tevens treft u de lijst van aanspraken van uw Agis Basispolis aan.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave wijst u de weg in de algemene bepalingen en de dekkingsrubrieken.

Begripsomschrijvingen

In de begripsomschrijvingen lichten wij toe wat onder bepaalde termen verstaan wordt.

Lijst van aanspraken

In deze lijst vindt u omschreven onder welke voorwaarden uw kosten zijn gedekt, welke vormen van zorg onder deze verzekering vallen en in welke mate deze voor vergoeding in aanmerking komen.

De Agis Basispolis verzekert het risico als bedoeld in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet en geeft u recht op de prestaties als bedoeld in artikel 11, lid 1 sub b van die Wet, zoals onder andere huisarts, geneesmiddelen, hulpmiddelen, specialistische zorg en (bijzondere) ziekenhuiszorg.

De Agis Basispolis geeft u recht op vergoeding van de kosten gemaakt voor geneeskundige hulp conform deze polisvoorwaarden. Als uitbreiding op de Agis Basispolis kunt u kiezen voor een aanvullende verzekering.

In de omschrijving van de dekkingen wordt per dekkingsonderdeel zo veel mogelijk uitgegaan van: Omschrijving, Zorgverlening, Prestatie, Verwijzing, Machtiging en Bijzonderheden.

Algemene voorwaarden

Deze voorwaarden hebben onder meer te maken met het sluiten van de verzekering, de premie en een eventueel eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de verzekering. Bij 'Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde' kunt u lezen wat u moet doen als u ziektekosten hebt gemaakt en de nota's daarvan bij de verzekeraar wilt indienen.

Agis Zorgverzekeringen
november 2006

Inhoudsopgave

Algemene Voorwaarden	5
1 Begripsomschrijvingen	5
2 Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis	10
3 Algemene Voorwaarden	10
4 Grondslag van de zorgverzekering	10
5 Begin van de zorgverzekering	10
6 Einde van de zorgverzekering	10
7 Omvang van de dekking	11
8 Toestemming en verwijzing	12
9 Afhandeling schade en declaraties	12
10 Afspraken met de zorgverleners	13
11 Agis Wachtlijstbemiddeling	13
12 Eigen risico	14
13 No-claim regeling	14
14 Premiebetaling	15
15 Wijziging van premie of voorwaarden	16
16 Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde	16
17 Letselschadeservice	17
18 Fraude	17
19 Geschillenregeling	18
20 Persoonsregistratie	18
21 Uitsluitingen	18
22 Ingangsdatum Algemene Voorwaarden	19

Lijst van aanspraken	20
1 Huisartsenzorg	20
2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek	20
a Niet-klinische medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)	20
b Klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname)	20
c Plastisch-chirurgische behandelingen	21
d Audiologische zorg	22
e Chronisch intermitterende beademing	22
f Erfelijkheidsonderzoek en advisering	22
g Zorg bij trombose	23
h Oncologische aandoeningen bij kinderen	23
i Nierdialyse	23
j Orgaantransplantatie	23
3 Ketenzorg (voor diabetici)	24
4 Zorg in verband met de geboorte van een kind	24
a In vitro fertilisatie	24
b Verloskundige zorg	25
c (Poli)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk	25
d (Poli)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk	25
e Kraamzorg	26
5 Farmaceutische zorg	26
6 Hulpmiddelen	27
7 Revalidatie	28
8 Ziekenvervoer	28
a Helikoptervervoer en ambulancevervoer	28
b Zittend ziekenvervoer	29
9 Mondzorg	30
a Bijzondere tandheelkundige zorg	30
b Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar	31
c Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (kunstgebit)	32
d Kaakchirurgische zorg	32
10 Paramedische zorg	33
a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	33
b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar	33
c Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	34
d Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar	34
e Logopedie	34
f Ergotherapie	35
g Dieetadviesing	35
11 Buitenlanddekking	35
Bijlage bij artikel 12 Eigen risico	37

Algemene Voorwaarden

1 Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvraagformulier

Verzoek tot het sluiten van een overeenkomst van zorgverzekering.

Aanvullende verzekering

De overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen verzekeringnemer en Agis Ziektekostenverzekering N.V. die recht geeft op de in de aanvullende verzekering bepaalde zorg of vergoedingen, welke niet verleend worden krachtens de zorgverzekering.

Agis Zorgverzekering

De tussen de OWM Agis Zorgverzekeringen en verzekeringnemer ten behoeve van zichzelf en/of (een) andere verzekeringsplichtige(n) gesloten zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet, die geregeerd wordt, behalve hetgeen bij of krachtens de wet is bepaald, door deze polisvoorwaarden.

Apotheker

Een apotheker die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van de Volksgezondheid.

Arts

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

Audiologisch centrum

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling, die audiologische zorg verleent.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Beademingscentrum

Een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten centrum voor chronisch intermitterende beademing onder wiens verantwoordelijkheid beademing plaatsvindt bij de patiënt thuis, in een daartoe ingerichte lokaliteit of tijdens verblijf in het beademingscentrum.

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Collectieve overeenkomst

Een collectieve verzekering voor personen, die door een gemeenschappelijke factor met elkaar verbonden zijn, zoals een werkgever, overkoepelend orgaan, franchiseorganisatie, beroepsorganisatie, instelling of vereniging.

Contractant

Het rechtssubject waarmee de collectieve overeenkomst van zorgverzekering is aangegaan.

Dbc-tarief

De kosten van het ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of extra-muraal werkende medisch specialist inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer begrepen het honorarium van de medisch specialist.

Deelnemer

De actieve of postactieve medewerker van contractant, dan wel natuurlijk persoon, wiens belangen door contractant worden behartigd en die als verzekerde en/of verzekeringsnemer bij de zorgverzekeraar staat ingeschreven.

Diëtist

Een diëtist(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

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 Wet, dat de verzekeringnemer voor zijn rekening zal nemen.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

EU/EER

Europese Unie/Europese Economische Ruimte, dat zijn de landen van de EU, aangevuld met IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Noorwegen.

Fraude

Het plegen of trachten te plegen of het doen plegen van valsheid in geschrifte, oplichting/bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en verduistering.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut(e) die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Tevens wordt onder fysiotherapeut verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gekwalificeerd zorgverlener

Zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen gesteld door de Nederlandse wet en die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Hoofdverzekering

De Agis Zorgverzekering.

Huidtherapeut

Degene die in het bezit is van het diploma Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht dan wel in het bezit is van een diploma van een vergelijkbare opleiding dat eveneens recht geeft op het voeren van de titel huidtherapeut en lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Huisarts

Een arts die als huisarts is geregistreerd als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Huisartsendienstenstructuur

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

Hulpmiddelen

De middelen die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Instelling voor tandheelkundige zorg

Een in Nederland als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor tandheelkundige zorg, zoals instelling voor jeugdtandzorg en instelling voor mondzorg.

Kaakchirurg

Een tandartspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar

De periode van een jaar die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening, ongeacht waar die zorg wordt gegeven. Aan dit zorgprogramma nemen meerdere zorgverleners deel, zowel in de 1e als in de 2e lijn. Deze zorgverleners vormen een keten, ook wel genoemd de zorgverlenersgroep. De verzekerden die deze aandoening hebben zijn de doelgroep.

Kinderen

Verzekerden, jonger dan 18 jaar, waarvoor op grond van artikel 16, lid 2 van de Wet geen premie verschuldigd is, en ten behoeve waarvan door een verzekeringnemer een zorgverzekering is afgesloten.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de verzekeraar erkend kraamcentrum, waar tenminste 2 gediplomeerde kraamverzorgsters in loondienst zijn, die kraamzorg leveren bij en na een (thuis)bevalling.

Kraamzorg

Verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. De zorg wordt verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger(ster).

Letselschadeservice

De hulp bij het verhalen van persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade.

Logopedist

Een logopedist(e) die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

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 is ingeschreven in het deelregister manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Medisch adviseur

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Modelovereenkomst

Voorbeeldovereenkomst van een door Agis aan te bieden zorgverzekering.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist(e) die rechtsgeldig de titel van mondhygiënist voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

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 is ingeschreven in het deelregister oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Oefentherapeut

Een oefentherapeut(e) Cesar of oefentherapeut(e) Mensendieck, die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een verzekerde van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandartspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Polisblad

Schriftelijk bewijs van overeenkomst van zorgverzekering, maakt onderdeel uit van de polis.

Premiegrondslag

De bij deze polis behorende premie, indien er generlei korting van kracht zou zijn.

Prestatie

Vergoeding van kosten van zorg conform artikel 11, lid 1 sub b van de Wet.

Pretecho

Echo niet op medische gronden geïndiceerd of noodzakelijk.

Regeling zorgverzekering

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van september 2005, houdende regels terzake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

Restitutie

Vergoeding van kosten van zorg conform artikel 11, lid 1 sub b van de Wet.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die rechtsgeldig de titel van tandprotheticus voert conform het bepaalde in artikel 34 van de Wet BIG en het daarop gebaseerde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Verblijf

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verloskundige

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

Verpleegkundige

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

Verzekeringnemer

Degene die ten behoeve van zichzelf en/of (een) ander(en) een overeenkomst van zorgverzekering met de verzekeraar is aangegaan.

Verzekerde

Degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in artikel 10 van de Wet, door de overeenkomst van zorgverzekering wordt gedekt, en ten behoeve van wie een polisblad is afgegeven.

Verzekeringsplichtige

Degene die op grond van artikel 2 van de wet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Wet

De Zorgverzekeringswet (Zvw).

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijzigingsformulier

Verzoek tot het wijzigen van een overeenkomst van zorgverzekering.

WTG-tarief

Een door het College Tarieven Gezondheidszorg-NZa landelijk vastgesteld tarief.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorgverlener

De natuurlijke of rechtspersoon die medische of paramedische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen of aanbieder van ziekenvervoer.

(Zorg)verzekeraar

Onderlinge Waarborgmaatschappij Agis Zorgverzekeringen U.A., dan wel voor wat betreft de aanvullende verzekering Agis Ziektekostenverzekeringen N.V..

Zorgverzekering

De Agis Basispolis.

2 Toepasselijkheid en toegankelijkheid van de polis

Deze polis is van toepassing in Nederland en het buitenland, volgens de hieronder volgende voorwaarden. Zij kan worden afgesloten door verzekeringsplichtigen, wonend in of buiten Nederland.

3 Algemene Voorwaarden

- 1 Deze Algemene Voorwaarden zijn van toepassing op en maken deel uit van de Agis Basispolis.
- 2 Voor de dekking van de verschillende polissen geldt hetgeen in de dekkingsrubriek of in de lijst van aanspraken van de desbetreffende polis staat vermeld.

4 Grondslag van de zorgverzekering

- 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde vragenformulier.
- 2 Alleen de tekst van de verzekeringsovereenkomst is bindend zoals deze luidt, met inachtneming van eventuele wijzigingen in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

5 Begin van de zorgverzekering

- 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van een kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer voor 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.
- 2 De ingangsdatum is de datum waarop door de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekering, vermeldende welke polisvariant gewenst is, is ontvangen, dan wel de datum waarop nader gevraagde informatie is ontvangen.
- 3 De ingangsdatum kan op verzoek van degene die sluiting van de zorgverzekering verlangt liggen na de in lid 2 genoemde datum, indien degene te wiens behoeve de zorgverzekering wordt gevraagd reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is.
- 4 Ondanks het hierboven in lid 3 bepaalde is de ingangsdatum voor iemand door of ten behoeve van wie een aanmelding voor een verzekering plaatsvindt als nieuwe verzekeringsplichtige in het kader van de Zorgverzekeringswet gelijk aan de datum waarop de verzekeringsplicht ontstond, als de verzekering tot stand komt binnen 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht.
- 5 Indien de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van voorwaarden is geëindigd door opzegging, is de ingangsdatum de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

6 Einde van de zorgverzekering

- 1 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens in het geval van artikel 14 lid 5, eventueel na toepassing van schorsing als bedoeld in artikel 14, lid 4 onder e.
- 2 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.

- 3 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ.
- 4 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip van de verhuizing naar een woonplaats buiten het statutaire werkgebied van de zorgverzekeraar.
- 5 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan deze zorgverzekering per brief opzeggen gedurende het jaar, indien een wijziging in de verhouding tussen verzekeringnemer en verzekerde daartoe aanleiding geeft en de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Van dit laatste dient een bewijs overgelegd te worden.
- 6 In afwijking van artikel 940, 4e lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek kan de verzekeringnemer niet opzeggen 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 van de wet gestelde regels.
- 7 De opzegging, bedoeld in het 5e lid, gaat in op de 1e dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- 8 In afwijking van het voorgaande lid gaat een opzegging, bedoeld in het 5e lid, in 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.
- 9 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, als bedoeld in artikel 14 lid 5, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- 10 De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar een zorgpolis.
 - a naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaalnummer of, na invoering, het burgerservicenummer van de verzekerde;
 - b naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
 - c naam, adres en woonplaats van de zorgverzekeraar;
 - d de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
 - e of voor de verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja, met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en met welke in verband daarmee verleende korting.
- 11 Indien de zorgverzekering eindigt om de in artikel 6 lid 3 genoemde redenen, wordt dat op het in het vorige lid bedoelde bewijs aangetekend.
- 12 Onverminderd hetgeen in de voorgaande leden van dit artikel is bepaald omtrent het einde van de verzekering neemt de verzekering voorts een einde als gevolg van de omstandigheden als genoemd in artikel 18 lid 1 van deze Algemene Voorwaarden.
- 13 Indien de zorgverzekeraar op grond van mededelingen van de verzekeringnemer omtrent het overlijden van de verzekerde dan wel het eindigen van diens verzekeringsplicht tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de redenen daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

BELANGRIJK

Wijzigingen met betrekking tot verhuizing, geboorte van een kind of overlijden ontvangt Agis automatisch van de gemeente. U hoeft deze gegevens dus niet meer aan ons door te geven. Informeer wel zo spoedig mogelijk uw gemeente.

7 Omvang van de dekking

- 1 a Vergoeding van kosten van zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet , het Besluit zorgverzekering, de regeling zorgverzekering en de Agis reglementen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten 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 en diensten. U ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- b De lijst van aanspraken beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging).

- c De kosten worden vergoed op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Er zijn reglementen vastgesteld voor hulpmiddelen en farmacie. U kunt de reglementen bij de zorgverzekeraar kosteloos opvragen.
- 2 a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.
b De 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 marktconforme bedrag.
- 3 Vergoeding van kosten vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het overeengekomen eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden is bepaald.
- 4 In de lijst van aanspraken wordt bepaald wanneer voor zorgverlening in het buitenland toestemming moet worden gevraagd.
- 5 Als vergoeding van zorg zowel onder de dekking valt van de hoofdverzekering als onder de dekking van een aanvullende verzekering en/of een tandartsverzekering dan wordt de vergoeding bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de hoofdverzekering.
- 6 Als vergoeding van zorg zowel onder de dekking valt van een aanvullende verzekering als onder de dekking van een tandartsverzekering, dan wordt de vergoeding bij uitsluiting verricht onder de voorwaarden van de aanvullende verzekering.
- 7 De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover die zijn gemaakt tijdens de periode waarin de verzekering van kracht is, overeenkomstig de in de wet en de polis genoemde dekkingsonderdelen en tot de in de wet en de polisvoorwaarden genoemde maximum bedragen. Indien de dekking van zorg is opgeschort als gevolg van het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie heeft de verzekerde geen recht op vergoeding van de verzekerde kosten. Hierbij is de datum van behandeling of levering bepalend en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 8 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, 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.

8 Toestemming en verwijzing

- 1 Als volgens de lijst van aanspraken toestemming vooraf dient te worden gevraagd, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor vergoeding van de betreffende zorg bij de verzekeraar te worden aangevraagd. Dit dient op een zodanig tijdstip te gebeuren, dat de verzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zodanig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 2 De verzekeraar betaalt na verleende schriftelijke toestemming als bedoeld in het vorige lid de aan de zorg verbonden kosten met inachtneming van het overigens in deze Algemene Voorwaarden bepaalde. Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen, dan worden deze bij de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- 3 Als dit is aangegeven in de lijst van aanspraken, dient er een verwijzing van een andere zorgverlener te zijn. Als de verzekerde voor de betreffende zorg een declaratie indient bij de verzekeraar, moet hij de verwijzing bij deze declaratie voegen.
- 4 De verzekerde kan slechts een beroep doen op een schriftelijke toestemming van de verzekeraar.

9 Afhandeling schade en declaraties

- 1 De verzekerde is verplicht om:
 - a de behandelend (huis)arts of specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de verzekeraar bekend te maken;
 - b de door de verzekeraar gestelde nadere voorwaarden strikt in acht te nemen;
 - c desgevraagd aan de verzekeraar, aan zijn medisch adviseur of aan hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - d op de hierna in punt 9.2 omschreven wijze de declaraties in te dienen;
 - e computernota's te laten waarmerken door de zorgverlener;

- f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden;
- g bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: **0900 328 24 47** (€ 0,05 p/min).
- 2 De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten – onder overlegging van de originele nota's – bij de verzekeraar declareren. De declaratie moet bij de verzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van een door verzekeraar te verstrekken declaratieformulier. De vergoeding zal worden overgemaakt op het bij Agis met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst bekende rekeningnummer.
 - 3 De verzekerde ontvangt van de verzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.
 - 4 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering.

10 Afspraken met de zorgverleners

- 1 De verzekeraar behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtstreeks declareren door de zorgverlener. De zorgverlener zal in dat geval de declaratie voor de verleende zorg bij de verzekeraar indienen, tenzij de verzekeraar hiertoe, om hem moverende redenen, geen toestemming verleent.
- 2 Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen dan wel indien bepaalde posten vanwege een schorsing van de dekking niet betaald hoefden te worden maar toch door verzekeraar aan de zorgverlener betaald zijn, worden bij de verzekeringnemer deze posten in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan de verzekeraar dan wel een door de verzekeraar daartoe aangewezen inningsbureau betaald te worden, op dezelfde wijze als waarop de premie aan de verzekeraar betaald wordt, tenzij anders vermeld.

11 Agis Wachtlijstbemiddeling

- 1 Als u te maken krijgt met een lange wachttijd in uw ziekenhuis, dan kunt u een beroep doen op Agis Wachtlijstbemiddeling. Wij gaan dan actief zoeken naar een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. Agis Wachtlijstbemiddeling probeert allereerst een ziekenhuis in uw regio in te schakelen. Als dit niet lukt wordt gezocht naar mogelijkheden bij een ziekenhuis buiten de regio, een Zelfstandig Behandel Centrum of een ziekenhuis in het buitenland. Uiteraard blijft het altijd uw eigen beslissing of u gebruik maakt van kortere wachttijden in een ander ziekenhuis.
- 2 Agis Wachtlijstbemiddeling informeert en bemiddelt over wachttijden met betrekking tot:
 - opname in het ziekenhuis;
 - dagbehandeling in het ziekenhuis;
 - toegangstijd polikliniek;
 - poliklinische behandeling;
 - diagnostisch onderzoek.

Agis Wachtlijstbemiddeling informeert niet over wachttijden voor kraamzorg. Hiervoor verwijzen wij u naar Agis Topkraamzorg. Zie voor het telefoonnummer de achterpagina van deze polisvoorwaarden. Voor informatie over wachtlijsten van verpleeg- en verzorgingshuizen kunt u terecht bij het Zorgkantoor in uw regio.

TIP

U kunt uw verzoek voor wachtlijstbemiddeling indienen via het speciale aanvraagformulier op onze website www.agisweb.nl of telefonisch **0900 266 94 63 (€ 0,05 p/min).**

12 Eigen risico

- 1 De Agis Basispolis kent 6 varianten van eigen risico: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- en € 500,- per kalenderjaar voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De bij de eigen risico's behorende kortingen op de premiegrondslag zijn opgenomen in de 'Bijlage bij artikel 12 Eigen risico'. Het door de verzekeringnemer gekozen eigen risico met de bijbehorende korting op de premiegrondslag wordt vermeld op het polisblad.
- 2 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico.
- 3 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven worden voor de beantwoording van de vraag of een eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.
- 4 Kosten van zorg, die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claim als bedoeld in artikel 13, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.
- 5 Voor de bepaling van het toepasselijke eigen risico is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel 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.
- 6 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 7 Een door de verzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de verzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met f. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

13 No-claim regeling

- 1 Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze polis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,-, danwel een op grond van de betreffende algemene maatregel van bestuur geldend ander bedrag, heeft de verzekerde van 18 jaar en ouder jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- (danwel een geldend ander bedrag) en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. Op de no-claim is niet van toepassing:
 - bezoek van en aan de huisarts;
 - verloskunde en kraamzorg.
- 2 Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het 1e lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.
- 3 Voor de bepaling van het recht op no-claim teruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt de no-claimteruggave berekend door het te restitueren bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen van het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 4 Voor de vaststelling van de no-claim wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 5 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden bij de berekening van de no-claimteruggave buiten beschouwing gelaten.

14 Premiebetaling

- 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de 1e dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- 3 Voor verzekeringen afgesloten in het kader van een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt dat de wijze van betaling van de premie is vastgesteld in de tussen contractant en verzekeraar gesloten overeenkomst.
- 4 Zowel voor individuele verzekeringnemers als voor deelnemers aan een collectieve overeenkomst van zorgverzekering geldt het navolgende:
 - a de premiegrondslag wordt weergegeven op het polisblad, daarop wordt tevens aangegeven welke premie hoort bij het gekozen eigen risico en hoeveel korting gegeven wordt op grond van een eventueel bestaand collectief contract;
 - b de verzekeringnemer heeft de mogelijkheid om de premie maandelijks, per kwartaal, per half jaar of jaarlijks bij vooruitbetaling te voldoen, bij voorkeur via automatische incasso. Indien de verzekeringnemer kiest voor een andere betaalwijze dan automatische incasso brengt de verzekeraar hiervoor administratiekosten bij de verzekeringnemer in rekening. Deze administratiekosten worden vermeld op het polisblad. De premie is verschuldigd vanaf de 1e vervalddag nadat de verzekering van kracht is geworden;
 - c de premie en administratiekosten zijn verschuldigd op de premievervalddag. De premievervalddag is de laatste dag van de periode voorafgaande aan de periode waarover de premie is verschuldigd;
 - d indien de verzekeringnemer de verschuldigde premies en/of administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet of niet geheel op de premievervalddag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden, heeft voldaan, is de verzekeringnemer nalatig. De nalatige verzekeringnemer wordt eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde premie, administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. De nalatige verzekeringnemer is gehouden tot vergoeding van de door de verzekeraar gemaakte buitengerechtigde incassokosten van 15% alsmede de incassokosten als hierna bedoeld onder f;
 - e indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim. De zorgverzekeraar schorst in dat geval de verzekeringsovereenkomst, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen onverlet laat. De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf de meest recente premievervalddag. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de verzekeraar is ontvangen;
 - f indien de verzekeringnemer de premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen niet op de premievervalddag dan wel de dag dat eventuele andere bedragen opeisbaar zijn geworden, heeft betaald, is de verzekeraar gerechtigd incassokosten bij de verzekeringnemer in rekening te brengen. Per verstuurde herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-;
 - g vanaf de datum dat de verzekeringnemer in verzuim is, is hij gehouden de wettelijke verdragingsrente over de verschuldigde premie te voldoen;
 - h de verzekeraar kan volledige betaling van de premie of andere schuld weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door de verzekeringnemer worden voldaan. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de door hem nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden;
 - i de verzekeraar kan de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen (die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verschuldigde premie, eigen risico, administratiekosten, buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en/of executiekosten) verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen; het omgekeerde is de verzekeringnemer niet toegestaan;
 - j bij beëindiging van de verzekering in de loop van een kalendermaand waarvoor premie is betaald vindt premierestitutie plaats vanaf de dag van beëindiging. Bij wijziging van de premie in de loop van een kalendermaand vindt premierestitutie (bij verlaging) respectievelijk premiesuppletie (bij verhoging) plaats en wel vanaf de dag van wijziging;

- k indien verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige verzekerden voor de aanvullende verzekering hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de voor die verzekering verschuldigde bedragen.
- 5 De verzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 3 maanden nalatig is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, het eigen risico of alle overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten).
 - 6 Indien in geval van een collectieve overeenkomst is overeengekomen dat de premie door (tussenkost van) de contractant wordt voldaan, stelt de verzekeraar bij niet tijdige betaling de deelnemer eenmaal in de gelegenheid alsnog de verschuldigde premies en/of wettelijke bijdrage te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. Indien de deelnemer de verschuldigde premie niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief heeft voldaan, is hij rechtens in verzuim. De verzekeraar schorst in dat geval de verzekeringsovereenkomst en is ook in deze situatie gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de deelnemer tenminste 3 maanden nalatig is met het voldoen van één of meer van de volgende posten: premie, eigen risico of de overige verschuldigde kosten (o.a. buitengerechtelijke (incasso)kosten, de wettelijke rente, de proces- en executiekosten en administratiekosten). Lid 4 onder sub d tot en met k is van overeenkomstige toepassing.

15 Wijziging van premie of voorwaarden

- 1 De verzekeringnemer kan de verzekering niet opzeggen 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 van de wet gestelde regels.
- 2 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij de verzekeraar lopende polissen en bloc dan wel groepsgewijs te herzien.
- 3 De herziening geschiedt op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van een herziening schriftelijk mededeling.
- 4 In het geval de verzekeraar een wijziging in de voorwaarden aanbrengt die betrekking heeft op de termijnen van zorgaanspraken of de hoogte van de vergoeding, dan worden de gedane vergoedingen vóór de wijziging van de voorwaarden meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van de gewijzigde voorwaarden. Een voor de wijziging afgegeven machtiging blijft na de wijziging geldig voor het erop vermelde bedrag en de termijn.

16 Verplichtingen verzekeringnemer en verzekerde

- 1 De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging welke invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de verzekeraar mee te delen. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - wijziging van bankrekeningnummer;
 - in geval van een collectieve overeenkomst: het beëindigen van de arbeidsovereenkomst/relatie met werkgever/contractant, ongeacht of dit op initiatief van de deelnemer of op initiatief van werkgever/contractant is geschied/zal geschieden.
- 2 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de verzekeraar of de medisch adviseur van verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die in verband met de verzekering door de verzekeraar noodzakelijk worden geacht.
- 3 Mededelingen verzonden aan het laatst bekende adres van de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- 4 a de verzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer periodiek een relatieblad, waarin naast informatie over verzekeraar, de ziektekostenovereenkomst, verzekeringsproducten en diensten ook aanverwante zaken zijn opgenomen;
b de verzekeringnemer kan de verzekeraar schriftelijk verzoeken ter zake toezending van het relatieblad zijn persoonsgegevens te blokkeren. In dat geval zal het relatieblad niet meer aan de verzekeringnemer en de verzekerde worden toegestuurd en zal de verzekeraar hen schriftelijk van eventuele wijzigingen in premie of voorwaarden in kennis stellen;

- c indien op een dergelijk verzoek de persoonsgegevens van verzekeringnemer geblokkeerd zijn en het relatieblad niet meer toegezonden wordt, kunnen verzekeringnemer en/of verzekerden zich niet beroepen op het ontbreken van dan wel het niet hebben ontvangen van informatie welke in het relatieblad is opgenomen. De verzekeraar is alsdan niet aansprakelijk voor door verzekeringnemer en/of verzekerden geleden schade voortvloeiende uit het ontbreken van, dan wel het niet hebben ontvangen van deze informatie.
- 5 Als te vergoeden kosten zijn ontstaan door toedoen of nalaten van een aansprakelijke derde, dan is de verzekerde terstond verplicht de verzekeraar hierover te informeren en dient de verzekerde al het mogelijke te doen om de verzekeraar te helpen bij het zoeken van verhaal. Het ondertekenen van een door de verzekeraar gevraagde machtiging kan hier deel van uitmaken.
 - 6 De verzekeringnemer en/of de verzekerde mag zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
 - 7 Het niet meewerken van de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan het bepaalde in het 5e en 6e lid kan leiden tot verlies van het recht op vergoeding van kosten.

BELANGRIJK

Wijzigingen met betrekking tot verhuizing, geboorte van een kind of overlijden ontvangt Agis automatisch van de gemeente. U hoeft deze gegevens dus niet meer aan ons door te geven. Informeer wel zo spoedig mogelijk uw gemeente.

17 Letselschadeservice

- 1 De letselschadeservice verleent hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval.
- 2 Onder de in lid 1 genoemde schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld.
- 3 Bij het uitvoeren van de verhaalsacties werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Dit expertisebureau kan de verzekerde ook bijstaan in het verhalen van persoonlijke schade. Informatie vindt u in de brochure Agis letselschadeservice. Deze brochure kan worden aangevraagd via de Klantenservice, via de website of via de servicepunten van verzekeraar. Zie voor meer informatie de achterpagina van deze polisvoorwaarden.

18 Fraude

- 1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, behoudt verzekeraar zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de zorgverzekering en indien van toepassing de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigd.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de verzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraudesignaleringsysteem.
- 3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de verzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.
- 4 De verzekerde is verplicht om bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: **0900 328 24 47** (€ 0,05 p/min).

19 Geschillenregeling

- 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze polis genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient gericht te worden aan het Klachtenbureau van Agis.

- 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement. Het adres van de Geschillencommissie is Postbus 291, 3700 AG Zeist.
- 4 Klachten over de uitvoering van een aanvullende verzekering kunnen gericht worden aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, ook op het adres Postbus 291, 3700 AG Zeist.
- 5 Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen hun beklag indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door Agis Zorgverzekeringen gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies. Op de website van de NZa (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

20 Persoonsregistratie

- 1 De verzekeraar legt wanneer verzekeringnemer of verzekerde contact met de verzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van een verzekering, het uitvoeren en afwikkelen van de zorgverzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met verzekeringnemer of verzekerde te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om verzekeringnemer of verzekerde te informeren over de producten en diensten van verzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies en/of informatie.
- 2 De verzekeraar zal zich met betrekking tot het verwerken van de persoonsgegevens houden aan het Addendum Zorgverzekeraars bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.
- 3 De verzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.
- 4 Verzekeringnemer of verzekerde kan de verzekeraar verzoeken om verstrekking van een overzicht van verwerkte persoonsgegevens. Verzekeraar zal verzekeringnemer of verzekerde binnen 4 weken, mits zij daartoe wettelijk gehouden is, het overzicht verstrekken. Indien er onjuistheden zijn in de door verzekeraar geregistreerde persoonsgegevens, kan de verzekeringnemer of verzekerde de verzekeraar schriftelijk verzoeken tot correctie of verwijdering van deze persoonsgegevens. Voor het verstrekken van bovengenoemd overzicht kan een bijdrage in de kosten worden verlangd.

21 Uitsluitingen

- 1 Op grond van deze polis bestaat geen recht op vergoeding van:
 - de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling Zorgverzekering 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 hydrofielgas ten behoeve van verloskundige zorg;
 - declaraties als gevolg van niet-nagekomen afspraken;
 - indien de schade is veroorzaakt door terrorisme kan de dekking beperkt worden door de Minister van Financiën.
- 2 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 naturauitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsovername 1993 of de Wet toezicht naturauitvaartverzekeringsovername 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 vergoeding van de 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 wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

- 3 In aanvulling op deze Algemene Voorwaarden is het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandsche Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (NHT) van toepassing. Het 'Clausuleblad terrorismedekking' is door de NHT op 12 juni 2003 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam gedeponneerd onder nummer 78/2003. Het 'Protocol afwikkeling claims' als genoemd in het 'Clausuleblad terrorismedekking' is gedeponneerd onder nummer 79/2003. Registratie heeft tevens plaatsgevonden bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage op 12 juni 2003 onder nummer 27178761. Op aanvraag verstrekt de verzekeraar kosteloos een exemplaar. U kunt de tekst raadplegen via www.terrorisneverzekerd.nl.
- 4 Overigens zijn er ook, geheel volgens de wettelijke bepalingen, situaties denkbaar waarbij geen recht op dekking bestaat. Deze situaties zijn voor de duidelijkheid omschreven bij de betreffende rubrieken. Daarnaast kunnen in de dekkingsrubrieken nog bijzonderheden opgenomen zijn die van belang kunnen zijn voor uw recht op vergoeding.
Bepaalde vormen van zorg die in deze polis zijn uitgesloten, kunnen wel vergoed worden vanuit een aanvullende verzekering.

22 Ingangsdatum Algemene Voorwaarden

Deze Algemene Voorwaarden zijn van kracht met ingang van 1 januari 2007.

Lijst van aanspraken

1 Huisartsenzorg

Omschrijving: zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden. Deze zorg omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Zorgverlening: huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts of onder een huisartsendienstenstructuur werkzaam is.

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Bijzonderheden: verloskundige zorg door de huisarts: zie lijst van aanspraken bij artikel 4.b.

Uitsluitingen:

- keuringen;
- griepvaccinaties;
- vasectomie (sterilisatie bij mannen);
- circumcisie (besnijdenis);
- reizigersadvisering.

TIP

Voor vergoeding van de kosten van een sterilisatie bij mannen (vasectomie), besnijdenis (circumcisie) of voor reizigersadvisering door de huisarts verwijzen wij naar onze aanvullende verzekeringen.

2 Medisch-specialistische zorg en onderzoek

a Niet-klinische medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum of door een extra-muraal werkende medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum of een extra-muraal werkende medisch specialist.

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts, tandarts, verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

Bijzonderheden: in vitro fertilisatie, zie lijst van aanspraken artikel 4.a.

Uitsluitingen:

- uvuloplastiek als behandeling bij snurken;
- behandeling gericht op sterilisatie en ongedaan maken van sterilisatie van man of vrouw;
- behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenoemde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket.

b Klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname)

Omschrijving: medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling en onderzoek behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Machtiging: ja, vooraf bij (dag)opnames voor plastisch chirurgische behandelingen.

Verwijzing: huisarts, tandarts, verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

- Bijzonderheden:
- aanspraak op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis bestaat gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreking wegens weekend- en vakantieverlof telt wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
 - de no-claim en een eventueel eigen risico zal bij een ononderbroken ziekenhuisopname die eindigt in het volgende kalenderjaar slechts eenmaal worden ingehouden;
 - de no-claim en een eventueel eigen risico wordt in dat geval slechts berekend over het kalenderjaar waarin de verpleging een aanvang nam.

TIP

Deze polis biedt u maximale keuzevrijheid. Agis heeft dan ook met alle gerenommeerde ziekenhuizen afspraken gemaakt. Bij deze ziekenhuizen bent u gegarandeerd van kwalitatief goede zorg en wordt de behandeling rechtstreeks gedeclareerd bij Agis (u ontvangt dus geen factuur). Op onze internetsite www.agisweb.nl vindt u onder de link Zorggids een overzicht van de zorgverleners waarmee Agis afspraken heeft gemaakt. U kunt ook bellen met onze Klantenservice, telefoon **0900 86 85** (€ 0,05 p/min).

c Plastisch-chirurgische behandelingen

Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

- a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezig chronische aandoening;
- d de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelsespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij Agis afspraken heeft gemaakt met het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

- Uitsluitingen:
- behandeling voor correctie van verslapte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - liposuctie van de buik;
 - het abdominoplastiek, tenzij er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdergraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid. Als voorwaarde geldt dat de body mass index gedurende minstens 12 maanden kleiner dan 30 is;
 - behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Het gaat hierbij ook om operaties ter vervanging van borstprothesen anders dan na het implanteren van dergelijke prothesen na een (gedeeltelijke) borstamputatie.

**Agis-leden kunnen 15% korting krijgen op cosmetische chirurgie.
Voor meer informatie, kijk op www.agisweb.nl.**

d Audiologische zorg

Omschrijving: aanspraak bestaat op zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg, indien noodzakelijk, in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- zorg bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot 7 jaar.

Zorgverlening: audiologisch centrum.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

e Chronisch intermitterende beademing

Omschrijving: 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:

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

Zorgverlening: beademingscentrum (toegelaten centrum voor chronisch intermitterende beademing).

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: longarts.

f Erfelijkheidsonderzoek en advisering

De zorg omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid onderzoek en DNA onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoek bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Zorgverlening: centrum voor erfelijkheidsonderzoek en advisering.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: verloskundige, huisarts of behandelend medisch specialist.

Bijzonderheden: onderzoek van een doodgeboren kind op het bestaan van erfelijke afwijkingen komt ten laste van de ziektekostenverzekering van de moeder.

Uitsluitingen:

- chromosoom- of DNA-onderzoek voor bepaling van het ouderschap;
- prenatale screening naar aangeboren afwijkingen anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het eerste trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.

g Zorg bij trombose

- Omschrijving: a het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
 b verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
 c het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
 d 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;
 e het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Zorgverlening: een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten trombosedienst.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: medisch specialist of huisarts.

h Oncologische aandoeningen bij kinderen

Omschrijving: centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Zorgverlening: Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

i Nierdialyse

Omschrijving: aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse, alsmede de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg, 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.

Zorgverlening: ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of dialysecentrum.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Machtiging: ja, vooraf uitsluitend voor thuisdialyse en woningaanpassingen.

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

- de vergoeding van kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur 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;
- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover Agis die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover Agis die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

j Orgaantransplantatie

Omschrijving: • aanspraak bestaat op transplantatie van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever(orthotoop), long, hart/long en nierpancreas. Onder de aanspraak vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

- de donor heeft aanspraak op zorg conform deze verzekeringsovereenkomst, gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Zorgverlening: door een Nederlands ziekenhuis met een WBMV-vergunning voor orgaantransplantatie.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Machtiging: ja, vooraf.

3 Ketenzorg (voor diabetici)

Omschrijving: de in het contract tussen Agis en de (diabetes)zorggroep en in overeenstemming met de Wet en daaruit voortvloeiende regelingen overeengekomen zorg voor een speciale groep verzekerden, in dit geval diabeteszorg.

Zorgverlening: (diabetes)zorggroep. Dit is een groep van zorgverleners die verantwoordelijk is voor de omschreven zorg.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

TIP

Deze polis biedt u maximale keuzevrijheid. U kunt op www.agisweb.nl of via onze Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,05 p/min) navragen met welke zorgverleners Agis afspraken heeft gemaakt voor ketenzorg.

4 Zorg in verband met de geboorte van een kind

a In vitro fertilisatie

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

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

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

Prestatie: per te realiseren zwangerschap worden de kosten van de 1e, 2e en 3e IVF-poging volledig vergoed.

Verwijzing: gynaecoloog.

- Bijzonderheden:**
- Indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan, en een deel daarvan worden ingevroren, kunnen deze in een later stadium worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de eerste, tweede of derde IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan.
 - onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een voortgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;
 - aanspraak op een IVF-poging bestaat slechts indien:
 - voor de behandeling een medische indicatie geldt, dat wil zeggen infertiliteit en;
 - het niet een experimentele behandeling (indicatie of techniek) betreft.

b Verloskundige zorg

Omschrijving: zorg aan vrouw en kind voor, tijdens en na de bevalling (prenatale, natale en postnatale zorg) zoals verloskundigen die plegen te bieden.

Zorgverlening: verloskundige of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: voor behandeling door de gynaecoloog is een verwijzing nodig door verloskundige of huisarts.

- Bijzonderheden:**
- counseling, echo's en bloedonderzoeken worden vergoed voorzover opgenomen in de aanspraken van de Zorgverzekeringswet;
 - bij screening op het syndroom van Down wordt de echo voor de combinatietest (nekplooiemeting met serologie) vergoed als de zwangere 36 jaar of ouder is of jonger dan 36 jaar en sprake is van een medische indicatie.

Uitsluitingen: preconceptiezorg (kinderwensconsult), pretecho's, video's, cd-roms en andere echo's zonder medische indicatie.

TIP

Kijk voor een vergoeding van preconceptiezorg (kinderwensconsult) in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen.

c (Poli)klinische bevalling en kraambed medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling om medische redenen in een ziekenhuis inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch.

Zorgverlening: ziekenhuis, de zorg wordt verder verleend door verloskundige, gynaecoloog of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts of verloskundige.

- Bijzonderheden:**
- verzekerde heeft ook recht op verblijf bij de opgenomen moeder van een gezonde zuigeling niet ouder dan 3 maanden wegens borstvoeding, zolang Agis voor de moeder vergoeding van de opname is verschuldigd;
 - indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 4.e.

d (Poli)klinische bevalling en kraambed niet medisch noodzakelijk

Omschrijving: bevalling op verzoek van de verzekerde in het ziekenhuis zonder medische noodzaak inclusief de verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling, zowel poliklinisch (verblijf korter dan 24 uur in het ziekenhuis) als klinisch.

Zorgverlening: ziekenhuis, zorg wordt verder verleend door verloskundige, gynaecoloog of verloskundig actieve huisarts.

Prestatie: vergoeding van de kosten van verloskundige zorg door verloskundige of verloskundig actieve huisarts in ziekenhuis. Voor zowel de moeder als het kind dient een eigen bijdrage van € 14,50 per dag te worden betaald die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 102,- per dag te boven gaat.

Bijzonderheden: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Zie hiervoor kraamzorg artikel 4.e.

TIP

Agis Topkraamzorg

telefoon 0900 88 07 (€ 0,05 p/min) of ga naar www.agisweb.nl (thema's – gezinnen)
Agis helpt u graag om uw keuze te maken uit de kraamcentra in uw regio. Ook uw verloskundige kan u daarbij helpen. Agis heeft met gecontracteerde kraamcentra uitgebreide afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg, zoals tijdige assistentie van de kraamverzorgende bij thuisbevalling en deskundige begeleiding bij borstvoeding. Bespreek uw kraamzorg op tijd (uiterlijk 5 maanden voor de bevallingsdatum) en neem daarom in de eerste maanden van uw zwangerschap contact op met Agis Topkraamzorg.

e Kraamzorg

Omschrijving: verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. De zorg wordt verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorger(ster).

Zorgverlening: erkend kraamcentrum.

Prestatie: vergoeding van de kosten van kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Per kraamzorguur is een wettelijke eigen bijdrage van € 3,60 verschuldigd.

Bijzonderheden:

- het aantal uren kraamzorg dat u ontvangt wordt, in overleg met u, vastgesteld door het kraamcentrum op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg;
- bij opname in het ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat een periode van 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling verstreken is, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opname dag gerekend.

5 Farmaceutische zorg

Omschrijving: farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:

- die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Agis. De aanwijzing door Agis geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is (preferentiebeleid). Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel dan het door Agis aangewezen geneesmiddel, voorzover behandeling met het door Agis aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. Een en ander is nader uitgewerkt in het Agis Reglement Farmacie dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst door ons wordt toegestuurd. Deze is tevens in te zien via www.agisweb.nl;
- andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotheapie betreft;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- de onder de 2e bullit genoemde aanspraak is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van andere geneesmiddelen die op grond van de Wet geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op 150.000 verzekerden.

Zorgverlening: (internet)apotheek, apotheekketens, ziekenhuisapotheek, poliklinische apotheken of apotheekhoudend huisarts.

- Prestatie:** vergoeding van de kosten op basis van landelijke regelingen zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, met inachtneming van de eigen bijdrage en behoudens de voorwaarden opgenomen in het Agis Reglement Farmacie. Farmaceutische zorg die buiten het kader van de WTC valt wordt vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- Voorschrift:** arts, tandarts, (tandarts)specialist of verloskundige.
- Machtiging:** ja, uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig het Agis Reglement Farmacie, voorafgaand aan de levering.
- Uitsluitingen:** de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering dan wel het Agis Reglement Farmacie genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn). Voor meer informatie zie www.medicijnkosten.nl;
 - antroposofische middelen en middelen die vallen onder het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland (tenzij in de polisvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald);
 - geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening niet mogen worden afgeleverd.

6 Hulpmiddelen

- Omschrijving:** eigendom- dan wel bruikleenverstrekking, tevens indien nodig correctie, vervanging en/of herstel van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, opgenomen in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen.
- Zorgverlening:** overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen.
- Prestatie:** de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen of eigendom (in afwijking van artikel 7 lid 2b van de Algemene Voorwaarden). Bij zorgverleners waar Agis geen afspraken mee heeft gemaakt ontvangt u vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag, na aftrek van een eventuele wettelijke eigen bijdrage. Zie Agis Reglement Hulpmiddelen.
- Voorschrift:** zoals bepaald in het Agis Reglement Hulpmiddelen.
- Machtiging:** zoals bepaald in de voorwaarden in het Agis Reglement Hulpmiddelen.
- Bijzonderheden:**
- met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de restitutie achteraf van de gemaakte kosten na aanschaf van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen;
 - het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen op onze internetsite www.agisweb.nl en wordt u desgevraagd toegezonden;
 - de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering c.q. het Agis Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van het verblijf in een ziekenhuis (opneming) of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opneming of behandeling, vallen niet onder de in dit artikel beschreven zorg. Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen die afgeleverd worden in het kader van een verblijf in een AWBZ-instelling en die kunnen worden geacht deel uit te maken van de opneming en het verdere verblijf in een dergelijke instelling.

Deze polis biedt u maximale keuzevrijheid, Wellicht is het goed om te weten dat Agis vergaande afspraken heeft gemaakt met leveranciers over de kwaliteit van het hulpmiddel, de garantieperiode en eventuele benodigde services. Indien u niet weet of de leverancier een overeenkomst heeft kunt u dit met hem bespreken of contact opnemen met Agis Klantenservice, telefoon **0900 86 85** (€ 0,05 p/min) of kijken op onze website **www.agisweb.nl** onder de link Zorggids.

7 Revalidatie

Omschrijving: onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.

Zorgverlening: een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verbonden aan een, conform de bij wet gestelde regels, toegelaten instelling voor revalidatie.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: medisch specialist of huisarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen.

- Bijzonderheden:**
- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen/bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
 - de verzekerde dient met die zorg in staat te zijn een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
 - revalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie – gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname – of in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

8 Ziekenvervoer

a Helikoptervervoer en ambulancevervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van zieken en ongevals slachtoffers en hun begeleiders in Nederland met ambulanceauto of helikopter. De aanspraak bestaat uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi, rolstoelbus of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer. Indien Agis de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet.

De aanspraak omvat:

- vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten (met inachtneming van een eventueel eigen risico) geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- vervoer van eerdergenoemde zorgverleners naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

Zorgverlening: een ambulancevervoerder met een vergunning voor ambulancevervoer of Stichting Nationaal Helikoptervervoer.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: 1 helikoptervervoer via meldkamer ambulancevervoer of op verwijzing van het centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.
2 ambulancevervoer via melding centrale post ambulancevervoer.

Uitsluitingen: • ambulancevervoer in verband met repatriëring uit het buitenland valt niet onder deze verstrekking;
• tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

b Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 8.a (helikoptervervoer en ambulancevervoer), per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per (eigen) auto of per taxi- of rolstoelbusvervoerder, over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer, indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel 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;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is 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.

Agis kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien Agis de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet. 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. Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Agis vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar.

In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van 2 begeleiders toe te staan.

Prestatie: voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, (eigen) auto, taxi en rolstoelbus) geldt een eigen bijdrage van € 85,- per verzekerde per kalenderjaar.

openbaar vervoer:	vergoeding van de gemaakte kosten;
eigen vervoer:	vergoeding van de kosten à € 0,25 per km;
taxi/ rolstoelbus vervoer:	vergoeding van de kosten.

Machtiging: ja, vooraf aanvragen met het formulier medische verklaring Regeling ziekenvervoer.

Bijzonderheden: a kosten van openbaar vervoer en (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortst gebruikelijke route. Voor vervoer per (eigen) auto wordt de kilometerafstand vastgesteld aan de hand van de postcodes van het vertrekadres naar de bestemming met behulp van een landelijk gebruikte routeplanner.

b een bijdrage is niet verschuldigd:

- voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzonder ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- voor vervoer van een instelling als bedoeld in de vorige bullit naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

TIP

Voor het declareren van openbaar vervoer en vervoer per (eigen) auto heeft Agis een declaratieformulier Zittend ziekenvervoer beschikbaar. U kunt dit formulier downloaden vanaf Internet op www.agisweb.nl of opvragen via onze Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,05 per minuut).

9 Mondzorg

a Bijzondere tandheelkundige zorg

Omschrijving: tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- 1 indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis 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;
- 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.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg, kaakchirurg of orthodontist.

Prestatie: vergoeding van de kosten. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening op tandheelkundige implantaten geldt een wettelijke eigen bijdrage in de kosten van € 90,-.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden:

- onder zorg in het 1e lid van de Omschrijving 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 zorg is slechts onder de zorg begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Deze zorg kan uitsluitend verleend worden door een orthodontist of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;

- de aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de hulp op een andere locatie tot gelding te brengen;
- de verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het 1e lid van de Omschrijving, onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het 2e lid van de Omschrijving tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundig tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

b Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 9:

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- 2 incidenteel tandheelkundig consult;
- 3 het verwijderen van tandsteen;
- 4 fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal 2 keer per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- 5 sealing;
- 6 parodontale zorg;
- 7 anesthesie;
- 8 endodontische zorg;
- 9 restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- 10 gnathologische zorg;
- 11 uitneembare prothetische voorzieningen;
- 12 tandvervangende zorg 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 directe gevolg is van een ongeval;
- 13 chirurgische tandheelkundige zorg;
- 14 röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Zorgverlening: tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg, kaakchirurg of mondhygiënist.

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Verwijzing: ja, indien de zorgverlening plaatsvindt door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van de tandarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandelingen omschreven in sub 11 en 12, tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet worden voorzien van een behandelplan en begroting.

Bijzonderheden:

- de mondhygiënist is bevoegd tot het uitvoeren van de behandelingen omschreven in sub 1 t/m 7, 9 en 14. Indien de behandeling omschreven in sub 7,9 en 14 wordt uitgevoerd door een mondhygiënist, dan kan dit alleen plaatsvinden in opdracht van een tandarts.
- de aanspraak wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen;
- de verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

TIP

Veel zorg aan het gebit bij jongeren tot 18 jaar, met uitzondering van orthodontie, wordt gedekt door deze verzekering. Agis adviseert u om het gebit van uw kinderen regelmatig te laten controleren.

c Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (kunstgebit)

Omschrijving: voor verzekerden van 18 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 9.

Zorgverlening: tandprotheticus, tandarts, instelling voor tandheelkundige zorg of centrum voor bijzondere tandheeskunde.

Prestatie: vergoeding van de kosten, met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen.

Bijzonderheden:

- de tandarts moet bij de aanvraag tevens de UPT-codes en de hoogte van de techniekkosten aangeven;
- de tandprotheticus moet de tarieven (inclusief techniekkosten) vermelden;
- de aanspraak op prothetische zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen.

TIP

Voor een volledige prothese kunt u niet alleen bij de tandarts terecht maar ook bij de tandprotheticus. De tandprotheticus heeft veel ervaring in het maken van gebitsprotheses. Het is goed om te weten dat Agis voor haar verzekerden goede afspraken heeft gemaakt met tandprotheticici over de kwaliteit, prijs, nazorg en garantie. Agis helpt u daarom graag bij het vinden van een tandprotheticus bij u in de buurt. U kunt daarvoor bellen met Agis Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,05 p/min) of kijken op onze website **www.agisweb.nl** onder de link Zorggids.

d Kaakchirurgische zorg (met uitzondering van parodontale zorg en implantologie)

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 9: chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

Zorgverlening: kaakchirurg.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: tandarts of huisarts.

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen.

Bijzonderheden: de aanspraak op kaakchirurgische zorg wordt tot gelding gebracht in de praktijkruimte van de zorgverlener, tenzij door Agis voorafgaand toestemming is verleend om de zorg op een andere locatie tot gelding te brengen.

10 Paramedische zorg

Paramedische zorg: de aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvies. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

a Fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodetherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut).

Zorgverlening: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

Prestatie: niet-chronisch: vergoeding van de kosten voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronisch: vergoeding van de kosten voor de medisch noodzakelijke behandelingen.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist. Fysiotherapeuten die met Agis afspraken hebben gemaakt kunnen zonder verwijzing worden benaderd.

Bijzonderheden:

- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
- onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

Uitsluitingen: telefonische zitting, toeslag buiten reguliere werktijden; instructie/overleg ouders van de patient; niet-nagekomen afspraak; verstrekte verband- en hulpmiddelen; eenvoudige, korte rapporten; meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

TIP

Deze polis biedt u maximale keuzevrijheid. Behandeling door een fysiotherapeut waar Agis afspraken mee heeft gemaakt, biedt u de voordelen van kwalitatief goede zorg en de administratie wordt afgehandeld tussen Agis en de fysiotherapeut. Informatie over deze fysiotherapeuten kunt u verkrijgen via de telefoon **0900 86 85** (€ 0,05 p/min) of kunt u bekijken op www.agisweb.nl onder **Zorggids**.

b Fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronisch)

Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodetherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut).

Zorgverlening: fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

Prestatie: chronisch: vergoeding van de kosten voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist. Fysiotherapeuten die met Agis afspraken hebben gemaakt kunnen zonder verwijzing worden benaderd.

Bijzonderheden:

- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
- onder fysiotherapie wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

Uitsluitingen: telefonische zitting, toeslag buiten reguliere werktijden; instructie/overleg ouders van de patient; niet-nagekomen afspraak; verstrekte verband- en hulpmiddelen; eenvoudige, korte rapporten; meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

c Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Oefentherapeuten die met Agis afspraken hebben gemaakt kunnen, vanaf het moment dat dit wettelijk geregeld is, zonder verwijzing worden benaderd.

Prestatie: niet-chronisch: vergoeding van de kosten voor maximaal 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met maximaal 9 behandelingen; chronisch: vergoeding van de kosten voor de medisch noodzakelijke behandelingen.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

Bijzonderheden:

- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
- onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

d Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck voor verzekerden vanaf 18 jaar (chronisch)

Omschrijving: voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 10: medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Zorgverlening: oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck. Oefentherapeuten die met Agis afspraken hebben gemaakt kunnen, vanaf het moment dat dit wettelijk geregeld is, zonder verwijzing worden benaderd.

Prestatie: chronisch: vergoeding van de kosten voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

Bijzonderheden:

- bepaling chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is te raadplegen op www.agisweb.nl;
- onder oefentherapie Cesar/Mensendieck wordt niet verstaan: zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- op de nota aan de verzekerde dient de zorgverlener de diagnosecode, de indicatiecode en de behandeldatum te vermelden.

e Logopedie

Omschrijving: onderzoek en behandeling van stoornissen van het gehoor, stem en spraak of taal ter verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen, zowel individuele als groepsbehandeling, en strekt tot een geneeskundig doel.

Zorgverlening: logopedist.

Prestatie: volledige vergoeding van de kosten.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

Uitsluiting: behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

f Ergotherapie

Omschrijving: advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Zorgverlening: ergotherapeut.

Prestatie: vergoeding van de kosten voor maximaal 10 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

g Dieetadvisering

Omschrijving: voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten.

Zorgverlening: diëtist.

Prestatie: vergoeding van de kosten voor maximaal 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Verwijzing: schriftelijk door behandelend arts of specialist.

11 Buitenland

- 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 7 lid 2 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
- 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
 - a aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b 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.
- 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-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.
- 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- 5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.
- 6 Bij het invoeren van zorg in een andere EU/EER-staat of Verdragsland dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met opname en verblijf, voorafgaande toestemming van Agis nodig, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.

TIP

Neem altijd als u naar het buitenland gaat uw klantenpas met het telefoonnummer van de Agis Alarmcentrale mee: **+31 (0)20 342 12 12**.

EU-/EER-landen

België
Cyprus (Griekse deel)
Denemarken
Duitsland
Engeland (Groot-Brittannië)*
Estland
Finland
Frankrijk**
Griekenland
Hongarije
Ierland
Italië
Letland
Litouwen
Luxemburg

Malta
Oostenrijk
Polen
Portugal
Slovenië
Slowakije
Spanje***
Tsjechië
Zweden

Liechtenstein
Noorwegen
IJsland
Zwitserland

Verdragslanden

Australië****
Bosnië-Herzegovina
Kaapverdië
Kroatië
Macedonië
Marokko
Servië-Montenegro
Tunesië
Turkije

* inclusief Gibraltar

** inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Reunion, St. Pierre en Miquelon

*** inclusief Ceuta en Melilla

**** alleen tijdelijk verblijf

Niet onder de EU-/EER- of verdragslanden vallen: Andorra, Kanaaleilanden (Guernsey, Jersey en Olderley), eiland Man, Monaco, Nederlandse Antillen, San Marino en Vaticaanstad.

Bijlage bij artikel 12 Eigen risico

Premiegrondslag

€ 93,75 per maand.

Uw werkelijke premie kan lager uitvallen in verband met een eventuele collectiviteitskorting.

Op uw polisblad staat uw werkelijke premie vermeld.

Kortingen bij eigen risico

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (zoals bedoeld in artikel 12 lid 1 van de Algemene Voorwaarden).

Eigen risico	Korting op premiegrondslag (per maand)
€ 0,-	€ 0,-
€ 100,-	€ 3,-
€ 200,-	€ 6,-
€ 300,-	€ 9,-
€ 400,-	€ 12,-
€ 500,-	€ 15,-

Hebt u vragen?

U kunt Agis op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.

Bel **0900 86 85** (€ 0,05 per minuut)

Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen

Postbus 19

3800 HA Amersfoort

Persoonlijk

Bij onze Servicepunten kunt u terecht voor persoonlijk advies.

Adressen en openingstijden vindt u op onze site.

U kunt ook de folder 'Bezoek Agis' aanvragen via onze Klantenservice.

Via internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden op onze site: **www.agisweb.nl**.

Eventuele vragen kunt u sturen naar **klantenservice@agisweb.nl**.



Belangrijke telefoonnummers

Agis Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,05 per minuut)

Agis Wachtlijstbemiddeling **0900 266 94 63** (€ 0,05 per minuut)

Agis Alarmcentrale **+31 (0)20 342 12 12**

Agis Topkraamzorg **0900 88 07** (€ 0,05 per minuut)