

## Anoz AV SPP Plus

De voorwaarden, de tandheelkundige  
en de antroposofische zorg



---

# Inleiding

Hierbij worden u aangeboden de voorwaarden van de AV SPP Plus van Anoz Zorgverzekeringen.

De SPP Plus is een aanvullende verzekering speciaal ontwikkeld voor de particulier verzekerden van Anoz Zorgverzekeringen met een StandaardPakket-Polis (SPP). De verzekerde met een StandaardPakket-Polis heeft recht op zorgaanspraken (verstrekkingen en/of vergoedingen) die door de overheid zijn vastgesteld. Echter, niet alle medische voorzieningen vallen geheel of gedeeltelijk onder de StandaardPakket-Polis. De SPP Plus biedt dan letterlijk een "aanvullende verzekering".

De SPP Plus van Anoz Zorgverzekeringen bestaat uit een zeer breed pakket van verstrekkingen en vergoedingen. De voorzieningen die de overheid uit de SPP schrapt worden zo veel mogelijk in deze aanvullende verzekering opgenomen. Zo is er een bijdrage in de kosten van homeopathische geneesmiddelen in de SPP Plus opgenomen. Ook is er een voorziening voor alternatieve geneeswijzen.

De vergoeding van antroposofische zorg kan apart worden bijverzekerd: de module antroposofische zorg. De voorwaarden voor deze zorg zijn opgenomen in dit boekje: ze zijn alleen van toepassing wanneer deze module extra is verzekerd. Ook voor de module antroposofische zorg geldt geen medische beoordeling.

Verder kan Extra uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen apart worden bijverzekerd. Ook de voorwaarden voor deze zorg zijn opgenomen in dit boekje: ze zijn alleen van toepassing als de SPP Tandsolide-Polis of SPP Tandsubliem-Polis extra is verzekerd. Voor de toelating tot de extra uitgebreide tandheelkundige zorg geldt wel een selectie. Daarbij wordt een door de aanvrager in te vullen tandheelkundige gezondheidsverklaring gebruikt.

Alle verzekerden met een StandaardPakket-Polis bij Anoz Zorgverzekeringen kunnen voor de SPP Plus worden ingeschreven.

Ieder jaar worden in beginsel vóór 1 januari de omvang, de voorwaarden en de premie van de SPP Plus vastgesteld. De premie wordt in rekening gebracht voor iedere verzekerde. Kinderen tot 16 jaar zijn gratis meeverzekerd met de ouders.

De voorwaarden zoals deze in dit boekje zijn verwoord gelden vanaf 1 januari 2001.

Apeldoorn, november 2000,  
Agis Ziektekostenverzekeringen N.V.  
ten deze handelende onder de naam: Anoz Verzekeringen.

# Inhoudsopgave

<b>1 Dekking</b>	
Omvang van de dekking	5
<b>2 Vergoedingen Anoz AV SPP Plus</b>	
<b>Zorg in uw omgeving:</b>	
2.1 Fysiotherapie	6
2.2 Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	6
2.3 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen	6
2.4 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Orthodontie (gebitsregulatie).	6
2.5 Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden. Reparatie prothese	7
2.6 Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden. Prothesen	7
2.7 Stottertherapie Del Ferro-methode	7
2.8 Fleboloog of proctoloog	7
2.9 Sportconsult	7
2.10 Alternatieve zorg (excl. antroposofische zorg)	7
<b>Huidtherapie:</b>	
2.11 Elektrische epilatie of laserepilatie	8
2.12 Camouflagetherapie	8
2.13 Acnebehandeling	8
2.14 Manuele lymfedrainage	8
2.15 Psoriasiskuurbehandeling	9
2.16 Kuurbehandelingen ernstig eczeem in Nederland	9
<b>Hulpmiddelen:</b>	
2.17 Orthopedisch schoeisel	9
2.18 Podotherapie en orthopedische schoeiselaanpassingen	9
2.19 Brillenglazen/contactlenzen	9
2.20 Plaswekker	10
2.21 Thuismonitor	10
<b>Bijzondere zorg:</b>	
2.22 Second Opinion	10
<b>2.23 Kuurbehandelingen (reumatische aandoeningen)</b>	<b>10</b>
<b>Verblijf buitenshuis:</b>	
2.24 Herstellingsoord	10
2.25 Ronald McDonaldhuis/Kiwanishuis/familiehuis Daniël den Hoed/pension	11
2.26 Pensionkosten na transplantatie	11
<b>3 Extra: Antroposofische zorg</b>	<b>12</b>
<b>4 Extra: Aanvullende tandheelkundige zorg voor volwassenen</b>	<b>13</b>
<b>Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis:</b>	
4.1 Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis	13
4.2 Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsolide-Polis	13

<b>Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis:</b>	
4.3	Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis 13
4.4	Orthodontie voor volwassenen bij SPP Tandsubliem-Polis 14
4.5	Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsubliem-Polis 14
<b>Algemene bepalingen extra tandheelkundige zorg:</b>	
4.6	Extra verzekering tandheelkundige zorg naast aanvullende particuliere ziektekostenverzekering 14
4.7	Toelating tot extra verzekering tandheelkundige zorg 15
4.8	Ingangsdatum 15
4.9	Geen recht op vergoeding 15
4.10	Tarief 15
<b>5</b>	<b>Algemeen 16</b>
5.1	Aanvullende verzekering 16
5.2	Extra: antroposofische zorg 16
5.3	Extra: uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen 16
5.4	Bedenktijd 16
5.5	Wachttijd 16
5.6	Pakketwijziging 17
5.7	Premievaststelling 17
5.8	Premie per verzekerde 17
5.9	Vanaf en tot wanneer is premie verschuldigd 18
5.10	Wijziging van voorwaarden 18
5.11	Zorg in Nederland 18
5.12	Bijzondere gevallen 18
5.13	Toestemming 18
5.14	Declaraties 19
5.15	Aansprakelijkheid derden bij letselschade: ClaimCare 19
5.16	Uitsluiting 19
5.17	Schorsing van rechten 19
5.18	Royement 19
5.19	Incassokosten 20
5.20	Opzegging 20
5.21	Einde SPP = einde aanvullende verzekering 20
5.22	Einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering 20
5.23	Aansprakelijkheid van derden 20
5.24	Aansprakelijkheid van Anoz Zorgverzekeringen 20
5.25	Registratie van persoonsgegevens 21
5.26	Klachten 21
<b>6</b>	<b>Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 2.10 22</b>
<b>7</b>	<b>Begripsomschrijvingen</b>
	Begripsomschrijvingen 23

# 1 Dekking

## Omvang van de dekking

Vergoedingen op basis van de Anoz AV SPP Plus worden gedaan - uiteraard in alle gevallen met inachtneming van hetgeen terzake gesteld is in de polisvoorwaarden - ofwel op basis van de door of namens Anoz Verzekeringen met de zorgverleners overeengekomen tarieven, ofwel (als geen tarief is overeengekomen, en er een wettelijk vastgesteld tarief is) op basis van zoals deze zich feitelijk voordoen.

De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten. Indien en voor zover Anoz Zorgverzekeringen meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Anoz Zorgverzekeringen een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van Anoz Zorgverzekeringen van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

---

## 2 Vergoedingen Anoz AV SPP Plus

Zorg in uw omgeving:

### 2.1 Fysiotherapie

In aanvulling op de aanspraken bij of krachtens de SPP heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van fysiotherapie, mits de fysiotherapie vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

### 2.2 Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

In aanvulling op de aanspraken bij of krachtens de SPP heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck, mits de oefentherapie vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

### 2.3 Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen

- 1 De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft in aanvulling op de aanspraken krachtens de SPP/AWBZ recht op vergoeding van 75% van de kosten van inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen, tot een maximum van f 650,- per verzekerde per kalenderjaar, doch uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of tandheeskundige instelling. Uitgesloten van vergoeding zijn techniekkosten, materiaalkosten en kosten van laboratoriumonderzoek.
- 2 Indien er sprake is van tandheeskundige zorg ten gevolge van een ongeval, heeft de verzekerde jonger dan 18 jaar in aanvulling op de aanspraken krachtens SPP/AWBZ recht op volledige vergoeding van de kosten van inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen, inclusief techniekkosten en materiaalkosten, doch uitsluitend indien:
  - de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan, en
  - de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of tandheeskundige instelling.

### 2.4 Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

#### Orthodontie

De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft recht op vergoeding van 100% van de kosten van gebitsregulatie tot een maximum van f 1.500,- voor de duur van de verzekering, doch uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist, tandarts of tandheeskundige instelling. Uitgesloten van vergoeding zijn behandelingen welke geheel esthetisch zijn.

## **2.5 Tandheelkundige hulp voor volwassen verzekerden.**

### **Reparatie prothese**

De verzekerde van 18 jaar of ouder recht op vergoeding van 75% van de techniekkosten verbonden aan reparatie van een partiële onder en/of bovenprothese, tot een maximum van f 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

## **2.6 Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden.**

### **Prothesen**

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op een bijdrage in de kosten van het tandheelkundig honorarium en de techniekkosten van een volledige onder- en/of bovenprothese. Deze bijdrage heeft betrekking op het deel van de kosten van een volledige gebitsprothese (te weten 25%) dat niet voor vergoeding vanuit de SPP in aanmerking komt. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, een tandheelkundige instelling of een tandprotheticus. De bijdrage is maximaal f 400,- per verzekerde per vijf kalenderjaren voor een volledige onder- en/of bovenprothese.

## **2.7 Stottertherapie Del Ferro-methode**

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van stottertherapie volgens de zogeheten Del Ferro-methode, mits de therapie plaatsvindt op verwijzing van de huisarts. De bijdrage is maximaal f 1.000,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

## **2.8 Fleboloog of proctoloog**

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van consult en behandeling bij een arts die praktiseert als fleboloog of proctoloog, mits consult en behandeling plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist. De genoemde kosten worden vergoed tot in totaal maximaal f 750,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

## **2.9 Sportconsult**

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van een consult bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), mits het consult plaatsvindt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist. Per kalenderjaar wordt maximaal f 125,- voor een eerste en één controleconsult vergoed.

## **2.10 Alternatieve zorg (excl. antroposofische zorg)**

- 1 Vergoed worden - met inachtneming van de in dit artikel genoemde maxima - de kosten van acupunctuur, chiropractie, haptotherapie, homeopathie, manuele therapie/manuele geneeskunde, neuraaltherapie, natuurgeneeswijze en orthomoleculaire geneeskunde, mits toegepast door een bevoegde arts, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), klassiek homeopaat, haptotherapeut of chiropractor, die lid is van de desbetreffende beroepsvereniging welke voorkomt op de daartoe door

---

Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst, welke lijst u achterin dit voorwaardenboekje aantreft, en die door de desbetreffende vereniging op basis van het lidmaatschap en/of de registratie wordt erkend als zijnde gerechtigd tot het voeren van de betreffende praktijk.

De vergoeding van de kosten van consulten/behandelingen bedraagt:

- a eenmaal per kalenderjaar maximaal f 100,- van de kosten van het eerste consult voor homeopathische zorg of acupunctuur;
  - b overigens: maximaal f 50,- van de kosten per consult/behandeling, waarbij geldt dat per etmaal maximaal één consult/behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, ook in geval van een consult/behandeling in combinatie met een eerste consult als bedoeld bij a.
- 2 Vergoed worden verder - met inachtneming van het in lid 3 van dit 2.10 genoemde maximum - de kosten van geregistreerde homeopathische middelen (voor zover deze niet geacht kunnen worden te voorzien in dagelijkse behoeften, zoals voedings- en versterkende middelen), mits voorgeschreven door een arts en betrokken van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.
  - 3 De onder 1 en 2 genoemde kosten worden vergoed tot in totaal maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

**Huidtherapie:**

### **2.11 Electriche epilatie of laserepilatie**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van electriche epilatie of laserepilatie wegens overmatige beharing in gelaat en/of hals, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 1.200,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

### **2.12 Camouflagetherapie/tepelhoftatoeage**

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van lessen en materialen in verband met camouflagetherapie en de kosten van tepelhoftatoeage bij reconstructie van de borst na mamma-amputatie, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

### **2.13 Acnebehandeling**

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van acnebehandeling, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 250,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

### **2.14 Manuele lymfedrainage**

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van manuele lymfedrainage, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en



- het gaat om manuele lymfedrainage na bestraling of mamma-amputatie, en
  - de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.
- De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

## **2.15 Psoriasiskuurbehandeling**

De verzekerde bij wie sprake is van ernstig psoriasis-lijden komt in aanmerking voor een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in Nederland. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend dermatoloog. In overleg met de verzekerde bepaalt Anoz Zorgverzekeringen het kuuroord. De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar. Eventuele annuleringskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

## **2.16 Kuurbehandelingen ernstig eczeem in Nederland**

De verzekerde van zes jaar of ouder die lijdt aan ernstig chronisch constitutioneel eczeem heeft recht op een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in Nederland (Ede), mits de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend dermatoloog. De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

Hulpmiddelen:

## **2.17 Orthopedisch schoeisel**

De verzekerde heeft recht op een tegemoetkoming in de eigen bijdrage die geldt als hij gebruik maakt van de aanspraak op orthopedisch schoeisel krachtens de SPP. De tegemoetkoming bedraagt maximaal f 62,50 per paar schoenen.

## **2.18 Podotherapie en orthopedische schoeiselaanpassingen**

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van consult, behandeling en orthopedische schoeiselaanpassingen bij c.q. door:

- een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten;
- een orthopedisch instrumentmaker;
- orthopedisch schoenmaker.

Voor de bijdrage in de kosten van de consulten, behandelingen en orthopedische schoeiselaanpassingen geldt een gezamenlijk maximum van f 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

## **2.19 Brillenglazen/contactlenzen**

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van brillenglazen en/of contactlenzen met een sterkte van sferisch of cilindrisch of additie 2 dioptrieën of meer. De bijdrage is maximaal f 125,- per vijf kalenderjaren. Kosten van monturen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

---

## **2.20 Plaswekker**

De verzekerde van 7 jaar of ouder heeft gedurende de looptijd van de verzekering eenmaal recht op vergoeding van huurkosten en materiaalkosten van een enuresis(plas)wekker, met dien verstande dat de vergoeding wordt verleend voor een aaneengesloten periode van maximaal drie maanden.

## **2.21 Thuismonitor**

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de huurkosten van bewakings-apparatuur in de thuissituatie, ter voorkoming of bekorting van verblijf in een ziekenhuis, mits de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan

**Bijzondere (ziekenhuis)zorg:**

## **2.22 Second opinion**

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van het raadplegen van een andere dan de behandelend specialist, indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld. Vergoed worden de kosten van maximaal één consult (second opinion) per verzekerde per kalenderjaar.

## **2.23 Kuurbehandelingen in verband met reumatische aandoeningen**

De verzekerde die onder behandeling is van een reumatoloog heeft recht op een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in verband met reumatische aandoeningen in Nederland, doch uitsluitend indien de kuurbehandeling vooraf door de behandelend reumatoloog bij Anoz Zorgverzekeringen wordt aangevraagd, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar. Eventuele annuleringskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

**Verblijf buitenshuis:**

## **2.24 Herstellingsoord**

De verzekerde kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in een herstellingsoord voor lichamelijke klachten, ter bekorting van verblijf in een ziekenhuis. Het herstellingsoord dient voor te komen op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de bijdrage vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 100,- per verzekerde per dag en wordt maximaal eenmaal per drie kalenderjaren gegeven voor een aaneengesloten periode van maximaal 42 dagen.

## **2.25 Ronald McDonalddhuis/Kiwanishuis/ familiehuis Daniël den Hoed/pension**

De verzekerde (ouder/verzorger) kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in een Ronald McDonalddhuis, het Kiwanishuis te Beverwijk, het familiehuis Daniël den Hoed te Rotterdam of een pension, wanneer een kind (tot 18 jaar) ernstig ziek is opgenomen. Recht op de bijdrage in de verblijfkosten bestaat uitsluitend indien:

- ook het kind dat bezocht wordt bij Anoz Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- de vergoeding van de verblijfkosten vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

De bijdrage is maximaal f 25,- per verzekerde per nacht.

## **2.26 Pensionkosten na transplantatie**

De verzekerde kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van hart, lever, beenmerg, alveesklier, nier en/of long ondergaat. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien:

- ook de partner bij Anoz Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- de vergoeding van de verblijfkosten vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

De bijdrage bedraagt maximaal f 25,- per verzekerde per nacht.

### 3 Extra: Antroposofische zorg

De kosten van antroposofische zorg vallen niet onder de dekking van de Anoz AV SPP Plus. De vergoeding van deze kosten kan wel worden bijverzekerd. De voorwaarden van deze extra verzekering zijn hieronder opgenomen. Deze voorwaarden zijn uiteraard alleen dan van toepassing, als de kosten van antroposofische zorg aanvullend op de Anoz AV SPP Plus zijn bijverzekerd.

#### **Vergoeding van antroposofische zorg**

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van:

- consult en behandeling bij/door een antroposofisch arts die behandelt volgens de antroposofische geneeswijze en die lid is van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- de volgende therapieën, mits voorgeschreven door de behandelend arts die praktiseert als antroposofisch arts en die lid is van de NVAA, en gegeven door een lid van de betreffende beroepsvereniging:
  - a dieettherapie;
  - b spraaktherapie;
  - c kunstzinnige therapie;
  - d heileuritmie;
  - e uitwendige therapieën.
- antroposofische middelen, mits voorgeschreven door de huisarts of de behandelend specialist en afgeleverd door een apotheker.

De bijdrage is - met inachtneming van de in de laatste alinea van dit artikel genoemde maximumvergoeding - 80% van de kosten van consult, behandeling en therapieën, en 100% van de kosten van antroposofische middelen. Bij consultatie van een antroposofisch arts in plaats van een consultatiebureau gedurende het eerste levensjaar van een meeverzekerd kind is de bijdrage maximaal f 160,-. De kosten van hiervoor omschreven antroposofische zorg worden - met inachtneming van de per zorgaanspraak genoemde maxima - vergoed tot in totaal maximaal f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

## 4 Extra: Aanvullende verzekering tandheelkundige zorg voor volwassenen

De vergoeding van tandheelkundige zorg voor volwassenen kan apart worden bijverzekerd. De voorwaarden van de betreffende aanvullende verzekeringen (de SPP Tandsolide-Polis en de SPP Tandsubliem-Polis) zijn hieronder opgenomen. Deze voorwaarden zijn uiteraard alleen van toepassing als de verzekerde één van de twee aanvullende verzekeringen voor tandheelkundige zorg heeft afgesloten.

### Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis:

#### 4.1 Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige zorg - voor zover het betreft alle voorkomende UPT-codes (UPT staat voor Uniform Particulier Tarief) beginnend met de hoofdletters C, E, H, M, V en X - tot een maximum van in totaal f 1.500,- per verzekerde per twee kalenderjaren, doch uitsluitend indien:

- de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt vergoed krachtens de AWBZ, en
- de tandheelkundige zorg wordt verleend door een tandarts, een tandheelkundige instelling, een kaakchirurg, een orthodontist of een mondhygiënist, en
- de tandheelkundige zorg niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De bedoelde UPT-codes hebben betrekking op:

- C: consulten;
- E: wortelkanaalbehandeling;
- H: chirurgische behandelingen;
- M: preventieve behandelingen;
- V: restauraties door middel van plastische materialen;
- X: röntgendiagnostiek.

#### 4.2 Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsolide-Polis

Uitgesloten van vergoeding zijn techniekkosten, materiaalkosten en de kosten van laboratoriumonderzoek.

### Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis

#### 4.3 Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis

- 1 De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige zorg - voor zover het betreft alle voorkomende UPT-codes (UPT staat voor Uniform Particulier Tarief) beginnend met de hoofdletters A, C, E, H, M, P, R, T, V en X - tot een maximum van in totaal f 3.000,- per verzekerde per twee kalenderjaren, doch uitsluitend indien:
  - de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt vergoed krachtens de AWBZ, en
  - de tandheelkundige zorg wordt verleend door een tandarts, een tandheelkundige instelling, een kaakchirurg, een orthodontist of een mondhygiënist, en
  - de tandheelkundige zorg niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

- De bedoelde UPT-codes hebben betrekking op:
- A: anesthesie
  - C: consulten;
  - E: wortelkanaalbehandeling;
  - H: chirurgische behandelingen;
  - M: preventieve behandelingen;
  - P: prothetische behandelingen (kunstgebitten en plaat- of frameprotheses);
  - R: kronen, bruggen en inlays;
  - T: tandvleesbehandelingen;
  - V: restauraties door middel van plastische materialen;
  - X: röntgendiagnostiek.
- 2 De verzekerde van 18 jaar en ouder heeft voorts recht op vergoeding van 75% van aan de tandheelkundige zorg verbonden techniekkosten tot een maximum van f 600,- per verzekerde per twee kalenderjaren.

#### **4.4 Orthodontie voor volwassenen bij SPP Tandsubliem-Polis**

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist tot een maximum van f 4.000,- voor de duur van de verzekering.

#### **4.5 Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsubliem-Polis**

Uitgesloten van vergoeding zijn materiaalkosten en kosten van laboratorium-onderzoek.

##### **Algemene bepalingen extra verzekering van kosten van tandheelkundige zorg**

In aanvulling op de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekering zijn voor de extra verzekeringen van kosten van tandheelkundige zorg, de SPP Tandsolide-Polis en de SPP Tandsubliem-Polis, de volgende voorwaarden van kracht.

#### **4.6 Extra verzekering van kosten van tandheelkundige zorg naast aanvullende verzekering**

- 1 Naast de aanvullende verzekering op de SPP van Anoz Zorgverzekeringen kan vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg voor volwassenen (onder voorbehoud van medische acceptatie) aanvullend worden verzekerd. De betreffende aanvullende verzekeringen kunnen alleen worden afgesloten in combinatie met één van de aanvullende verzekeringen op de SPP van Anoz Zorgverzekeringen. van Anoz Zorgverzekeringen.
- 2 De aanvullende verzekeringen terzake van tandheelkundige zorg voor volwassenen zijn gezinsverzekeringen. Deze extra verzekeringen gelden dan tevens voor eventuele medeverzekerden van 18 jaar of ouder.

## 4.7 Toelating tot extra verzekering tandheelkundige zorg

### Anoz Tandsolide-Polis

Voor de Anoz Tandsolide-Polis geldt geen voorbehoud van medische acceptatie.

### Anoz Tandsubliem-Polis

- Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de aanvrager toelating tot de Anoz Tandsubliem-Polis te weigeren. Alvorens toelating tot de Anoz Tandsubliem-Polis kan plaatsvinden, dient voor de onder de aanvraag vallende personen van 18 jaar of ouder een aanmeldingsformulier alsmede een tandheelkundige gezondheidsverklaring ingevuld te worden en ingediend te worden bij Anoz Zorgverzekeringen.
- Anoz Zorgverzekeringen kan naar aanleiding van de aanmelding tandheelkundig onderzoek laten plaatsvinden. De persoon (of personen) op wie een tandheelkundig onderzoek betrekking heeft, wordt in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij (zij) de uitslag van het onderzoek wenst (wensen) te vernemen en zo ja, of hij (zij) daarvan als eerste wenst (wensen) kennis te nemen, teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

## 4.8 Ingangsdatum

- 1 De extra verzekering van uitgebreide tandheelkundige zorg Anoz Tandsolide-Polis of Anoz Tandsubliem-Polis gaat in op de datum zoals vermeld op het polisblad en neemt gelijktijdig een einde wanneer de Anoz AV SPP Plus een einde neemt
- 2 De verzekerde is - vanaf de ingangsdatum van de SPP Tandsolide-Polis of de SPP Tandsubliem-Polis - de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor alle aangemelde en geaccepteerde personen. De premie dient op dezelfde wijze en in dezelfde termijnen te worden voldaan als de premie voor de Anoz AV SPP Plus.

## 4.9 Geen recht op vergoeding

- 1 Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten van behandeling waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het afgeven van de tandheelkundige gezondheidsverklaring c.q. het indienen van de saneringsverklaring aanwezig was.
- 2 Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, indien de verzekerde niet meewerkt aan een tandheelkundige controle die door of vanwege Anoz Zorgverzekeringen noodzakelijk wordt geacht.
- 3 Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten die in rekening worden gebracht wegens het niet nakomen van een afspraak (UPT-code C90).

## 4.10 Tarief

Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking kosten van tandheelkundige hulp conform de tarieven die bij of krachtens de wet zijn vastgesteld.

---

## 5 Algemeen

### 5.1 Aanvullende verzekering

- 1 Verzekerden met en Standaard(Pakket)Polis (SPP), ingeschreven bij Anoz Zorgverzekeringen, kunnen een overeenkomst van aanvullende verzekering sluiten, welke recht geeft op nader omschreven zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) die een aanvulling vormen op zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) krachtens de SPP en/of de AWBZ. Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren, ingeval de verzekering van de betreffende verzekerde door Anoz Zorgverzekeringen eerder is beëindigd wegens wanbetaling (royement).
- 2 De aanvullende verzekering geeft geen vergoeding voor het verschuldigde eigen risico dat op de StandaardPakket-Polis van toepassing is.
- 3 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde worden aangegaan. Eventuele medeverzekerden zijn dan tevens aanvullend verzekerd.

### 5.2 Extra: Antroposofische zorg

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van antroposofische zorg worden bijverzekerd. Deze extra verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde worden aangegaan. De extra verzekering geldt dan tevens voor eventuele medeverzekerden.

### 5.3 Extra: uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen worden bijverzekerd, onder voorbehoud van medische acceptatie. De extra verzekeringen voor kosten van uitgebreide tandheelkundig zijn gezinsverzekeringen; zij kan alleen door de hoofdverzekerde worden aangegaan. De verzekering geldt tevens voor eventuele medeverzekerden van 18 jaar of ouder.

### 5.4 Bedenktijd

- 1 De verzekerde kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.
- 2 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekerde de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan Anoz Zorgverzekeringen verstrekte mededelingen.

### 5.5 Wachtijd

- 1 Wanneer de aanvullende verzekering gelijktijdig aanvangt met de inschrijving als SPP-verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen, is geen wachtijd van toepassing en bestaat direct aanspraak op de verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering.



- 2 Wanneer de aanvullende verzekering aanvangt op een later tijdstip dan de inschrijving als SPP-verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen, geldt een wachttijd van twee maanden alvorens aanspraak bestaat op verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering.
- 3 De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing in het kader van de extra verzekering voor kosten van antroposofische zorg.
- 4 Er geldt geen wachttijd in het kader van de extra verzekeringen voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen.

## 5.6 Pakketwijziging

- 1 De verzekerde heeft eenmaal per jaar, en wel telkens per 1 januari, de gelegenheid om van pakket te veranderen:
  - de aanvullende verzekering kan worden omgezet van AV SPP Plus naar AV SPP Compleet en vice versa;
  - de extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen kan worden omgezet van SPP Tandsolide-Polis naar SPP Tandsubliem-Polis en vice versa, onder voorbehoud van medische acceptatie;
  - de extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen kan worden opgezegd;
  - de extra gezinsverzekering voor kosten van antroposofische zorg kan worden opgezegd.

De verzekerde die van pakket wil veranderen dient vóór 1 november schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen mede te delen welke pakketwijziging hij wenst per de eerste januari van het volgende jaar.

- 2 In geval van pakketwijziging, zoals bedoeld in het vorige lid bij de eerste twee punten, is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering en de eventuele extra verzekering(en) als ware er geen wijziging in het verzekeringspakket. Binnen de betreffende termijnen gedane vergoedingen worden meegenomen bij de bepaling van de (maximale) vergoeding in het kader van de nieuw afgesloten verzekering(en).

## 5.7 Premievaststelling

De premie voor de aanvullende verzekering en de extra verzekeringen wordt vastgesteld door Anoz Zorgverzekeringen.

## 5.8 Premie per verzekerde

- 1 De verzekerde dient de premie voor de aanvullende verzekering en de eventueel van toepassing zijnde extra verzekering(en) bij vooruitbetaling te voldoen vóór het verstrijken van de premievervaldag, ten behoeve van alle op het polisblad vermelde verzekerden. Voor medeverzekerde kinderen tot 16 jaar is de verzekerde geen premie verschuldigd.
- 2 De premie wordt maandelijks geïncasseerd, gelijktijdig met de premie die de verzekerde verschuldigd is voor de SPP.
- 3 Het is de verzekerde niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met eventueel van Anoz Zorgverzekeringen te vorderen bedragen.

## **5.9 Vanaf en tot wanneer is de verzekerde premie verschuldigd**

- 1 De verzekerde is premie voor de aanvullende verzekering en de eventueel van toepassing zijnde extra verzekering(en) verschuldigd vanaf het moment van inschrijving.
- 2 Wanneer de inschrijving in de loop van de kalendermaand plaatsvindt, wordt de premie met ingang van de eerste dag van de volgende kalendermaand in rekening gebracht.
- 3 Bij beëindiging van de inschrijving in de loop van een kalendermaand vindt geen premierestitutie plaats over de maand waarin de inschrijving wordt beëindigd.

## **5.10 Wijziging van de voorwaarden**

Wijzigingen in de voorwaarden inzake de zorgaanspraken van de aanvullende en de extra verzekeringen worden in beginsel jaarlijks vóór 1 januari, ingaande per die datum, vastgesteld door Anoz Zorgverzekeringen. Bij gebreke van een nieuwe jaarlijkse vaststelling blijven de laatst vastgestelde voorwaarden van kracht.

## **5.11 Zorg in Nederland**

Alleen zorg die in Nederland wordt genoten komt voor vergoeding door Anoz Zorgverzekeringen in aanmerking, tenzij expliciet is aangegeven dat zorg in het buitenland wordt vergoed.

## **5.12 Bijzondere gevallen**

In bijzondere gevallen of onder buitengewone omstandigheden kan Anoz Zorgverzekeringen een tegemoetkoming voor belangrijke kosten van geneeskundige verzorging of daarmee verband houdende verstrekkingen toestaan, als de betreffende kosten niet worden gedekt door de SPP, de AWBZ, de aanvullende en de extra verzekeringen.

## **5.13 Toestemming/Verwijzing**

- 1 Wanneer dit is aangegeven in de voorwaarden, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor de betreffende zorg c.q. de vergoeding van de betreffende zorg te worden aangevraagd.
- 2 De toestemming dient altijd te worden aangevraagd vóórdat de zorg wordt genoten. Wanneer Anoz Zorgverzekeringen (nog) geen toestemming heeft verleend, is Anoz Zorgverzekeringen niet gehouden de betreffende vergoeding of bijdrage uit te keren.
- 3 Wanneer dit is aangegeven in de voorwaarden, dient er een verwijzing van de huisarts of behandelend specialist te zijn. Wanneer de verzekerde voor de betreffende hulp een declaratie indient bij Anoz Zorgverzekeringen, dient hij de verwijzing tezamen met de declaratie aan Anoz Zorgverzekeringen te verstrekken.

## 5.14 Declaraties

- 1 De verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten - onder overlegging van de originele nota's - bij Anoz Zorgverzekeringen declareren. De declaratie dient bij Anoz Zorgverzekeringen te worden aangeboden binnen 12 maanden na de behandeldatum. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum, dan wel de datum van levering, en dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer de verzekerde een overschrijding van de hiervoor genoemde termijn in redelijkheid niet is aan te rekenen, kan Anoz Zorgverzekeringen van de hiervoor genoemde termijn afwijken.
- 2 De verzekeringnemer ontvangt van Anoz Zorgverzekeringen een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.

## 5.15 Aansprakelijkheid derden bij letselschade: ClaimCare

Wanneer de verzekerde als gevolg van een ongeval persoonlijke schade lijdt (bijvoorbeeld kleding-, goederen- of inkomensschade), waarvoor een ander aansprakelijk kan worden gesteld, is het vaak mogelijk dat Anoz Zorgverzekeringen - veelal kosteloos - hulp verleent bij het verhalen van die schade. Deze service wordt ClaimCare genoemd. Wanneer de verzekerde aangeeft dat de gedeclareerde ziektekosten het gevolg zijn van een ongeval, ontvangt hij meer informatie over ClaimCare.

N.B.Claimcare is alleen mogelijk wanneer de ziektekosten die het gevolg zijn van het ongeval voor vergoeding door Anoz Zorgverzekeringen in aanmerking komen.

## 5.16 Uitsluiting

Schaden, veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij zijn van dekking uitgesloten.

## 5.17 Schorsing van rechten

- 1 Indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van premie, kan Anoz Zorgverzekeringen schriftelijk aanmanen tot betaling, waarbij schorsing van rechten uit de betreffende verzekering(en) kan worden aangekondigd. Bij schorsing van rechten geldt de dekking niet voor zorg die is genoten na de vervalddag van de premie.
- 2 De verzekerde blijft ook gedurende de periode dat sprake is van een schorsing van rechten uit de verzekering(en) verplicht de premie te voldoen, zulks vermeerderd met de wettelijke rente.
- 3 De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag (en de eventuele kosten) door Anoz Zorgverzekeringen zijn ontvangen.

## 5.18 Royement

Bij schorsing van rechten uit de verzekering(en), zoals omschreven in artikel 5.17, heeft Anoz Zorgverzekeringen het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de verzekeringsovereenkomst. Anoz Zorgverzekeringen doet in voorkomende gevallen mededeling van de beëindiging aan de verzekerde, zulks onder vermelding van de datum waarop de overeenkomst een einde neemt.

## 5.19 Incassokosten

Indien Anoz Zorgverzekeringen maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekerde.

## 5.20 Opzegging

- 1 De verzekerde kan de aanvullende verzekering telkens schriftelijk per 1 januari opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van tenminste drie kalendermaanden.
- 2 In afwijking van het in het voorgaande lid bepaalde kan de verzekerde de aanvullende verzekering na het verstrijken van de uiterste opzegdatum beëindigen, indien door Anoz Zorgverzekeringen na deze datum een verhoging van de premie of wijziging in de zorgaanspraken bekend wordt gemaakt. De verzekerde dient dan de wens tot beëindiging van de aanvullende verzekering schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen kenbaar te maken binnen 30 dagen nadat de mededeling over de wijziging(en) aan de verzekerde is toegezonden. De aanvullende verzekering wordt dan beëindigd per de datum van de wijziging.

## 5.21 Einde SPP = einde aanvullende verzekering

De inschrijving in de aanvullende verzekering eindigt op het moment waarop de inschrijving als SPP-verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen een einde neemt.

## 5.22 Einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering(en)

De extra verzekering(en) voor kosten van antroposofische zorg en/of uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen eindigt (eindigen) op het moment waarop de inschrijving als aanvullend verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen een einde neemt.

## 5.23 aansprakelijkheid van derden

- 1 De verzekerde informeert Anoz Zorgverzekeringen omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt Anoz Zorgverzekeringen in dat verband alle noodzakelijke inlichtingen.
- 2 In aansprakelijkheidskwesties treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde zonder schriftelijke akkoordverklaring van Anoz Zorgverzekeringen. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor Anoz Zorgverzekeringen in zijn belangen kan worden geschaad.

## 5.24 Aansprakelijkheid van Anoz Zorgverzekeringen

Anoz Zorgverzekeringen is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgverlener of instelling tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend voor zorg waarvan de kosten door de verzekering bij Anoz Zorgverzekeringen gedekt zijn.

## 5.25 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanmelding voor de aanvullende verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Anoz Zorgverzekeringen gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een reglement persoonsregistratie van toepassing, hetgeen ter inzage ligt en kan worden opgevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen.

## 5.26 Klachten

Op de overeenkomst van aanvullende verzekering is Nederlands recht van toepassing. Voor klachten naar aanleiding van de aanvullende verzekering kan de verzekerde zich wenden tot Anoz Zorgverzekeringen, Postbus 223, 7300 AE te Apeldoorn. Nadat een klacht ter kennisneming is gebracht van de directie van Anoz Zorgverzekeringen, en deze haar definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van één maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, kan de klacht worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN te Den Haag.

---

## 6 Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 2.10

Ingevolge 2.10 van de voorwaarden van de ANOZ AV SPP Plus worden vergoed - met inachtneming van de in 2.10 genoemde maxima - de kosten van acupunctuur, chiropractie, haptotherapie, homeopathie, manuele therapie/manuele geneeskunde, neuraaltherapie, natuurgeneeswijze en orthomoleculaire geneeskunde, mits toegepast door een bevoegde arts, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), klassiek homeopaat, haptotherapeut of chiropractor, die lid is van de desbetreffende beroepsvereniging welke voorkomt op de daartoe door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst, en die door de desbetreffende vereniging op basis van het lidmaatschap en/of de registratie wordt erkend als zijnde gerechtigd tot het voeren van de betreffende praktijk. De zojuist bedoelde lijst treft u hieronder aan.

### **Acupunctuur:**

- Nederlandse Artsen Acupuncturisten Vereniging (NAAV),
- Nederlandse Artsen Acupuncturisten Stichting (NAAS)
- Nederlandse Vereniging van Acupuncturisten (NVA)
- Nederlands Genootschap van Acupuncturisten (NGVA)

### **Chiropractie:**

- Nederlandse Vereniging van Chiropractoren (NVC)
- Nederlandse Vereniging Pro-Chiropractie (NVPC)
- Nederlandse Chiropractie Associatie (NCA)

### **Haptotherapie:**

- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)

### **Homeopathie:**

- Vereniging van Homeopathisch Artsen in Nederland (VHAN)
- Homeopathische Specialisten Vereniging (HSV)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)

### **Manuele therapie/geneeskunde:**

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

### **Neuraaltherapie:**

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

### **Natuurgeneeswijze:**

- Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuur Geneeskunde (ABNG)

### **Orthomoleculaire Geneeskunde:**

- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

## 7 Begripsomschrijvingen

### Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

#### **Anoz Zorgverzekeringen:**

Agis Ziektekostenverzekeringen N.V., ten deze handelende onder de naam: Anoz Zorgverzekeringen.

#### **Antroposofisch arts:**

een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, en die behandelt volgens de antroposofische geneeswijze en lid is van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA).

#### **Apotheker:**

een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, en die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van Volksgezondheid.

#### **Arts:**

een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

#### **Audiologische hulp:**

het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoor-apparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

#### **AWBZ:**

de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

#### **Bijkomende kosten:**

de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer en polikliniek).

#### **Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:**

een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

#### **Chiropractor:**

- een in Nederland gevestigde arts of fysiotherapeut die de chiropractie beoefent, en lid is van de Nederlandse Vereniging van Chiropractoren (NVA);
- een in Nederland gevestigde chiropractor die geen arts of fysiotherapeut is, maar wel lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA).

#### **Dagverpleging:**

een korter dan 24 uur durende (zgn. poliklinische) bedverpleging in het ziekenhuis waarvan de noodzaak is te voorzien in verband met het in dezelfde periode plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

**Dermatoloog:**

een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die als dermatoloog is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

**Ergotherapeut:**

een in Nederland gevestigde ergotherapeut die rechtsgeldig de titel van ergotherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

**Farmaceutische hulp:**

de volgende bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

**Fysiotherapeut:**

een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

**Haptotherapeut:**

een in Nederland gevestigde haptotherapeut die lid is en ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten.

**Huidtherapeut:**

een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

**Huisarts:**

een in Nederland (in de woon- of verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving) gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts en is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

**Hulpmiddelen:**

de middelen die in de Regeling hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

**Kaakchirurg:**

een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.



**Klassiek homeopaat:**

een in Nederland gevestigde homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH).

**Laboratoriumonderzoek:**

onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.

**Logopedist:**

een in Nederland gevestigde logopedist die rechtsgeldig de titel van logopedist voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

**Medische noodzaak:**

de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

**Mondhygiënist:**

een in Nederland gevestigde mondhygiënist 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 van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

**Niet-klinisch (poliklinisch) specialistische hulp:**

specialistische hulp, niet verleend tijdens een opname.

**Oefentherapeut Cesar:**

een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar die rechtsgeldig de titel van oefentherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

**Oefentherapeut Mensendieck:**

een in Nederland gevestigde oefentherapeut Mensendieck die rechtsgeldig de titel van oefentherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

**Ongeval:**

een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een persoon, van buiten af en buiten diens wil, waardoor aantoonbaar letsel is veroorzaakt.

**Opname:**

de opname langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl regelmatige behandeling door een specialist medisch noodzakelijk is.

**Orthodontist:**

een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

**Orthopedisch instrumentmaker:**

een in Nederland gevestigde orthopedisch instrumentmaker die in het bezit is van een erkend diploma (en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthopaedisten en Bandagisten (Orthobanda)).

**Orthopedisch schoenmaker:**

een in Nederland gevestigde orthopedisch schoenmaker die in het bezit is van een erkend diploma (en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici (NVOS)).

**Podotherapeut:**

een in Nederland gevestigde podotherapeut die rechtsgeldig de titel van podotherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

**Privé-kliniek/Zelfstandig Behandelcentrum:**

een centrum voor niet-klinisch medisch-specialistische zorg.

**RIAGG:**

een in Nederland gevestigde, bij of krachtens de AWBZ erkende, regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

**Revalidatie:**

onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedrags-wetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

**Schoonheidsspecialist:**

een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Vereniging van Schoonheidsspecialisten.

**Specialist:**

een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, en die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

**Sport Medisch Adviescentrum:**

een Sport Medisch Adviescentrum dat is opgenomen op een door Anoz gehouden lijst van Sport Medisch Adviescentra.

**Tandarts:**

een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

**Thuiszorgorganisatie:**

een in Nederland gevestigde, erkende, regionale kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie die zorg biedt, welke aanvullend is op de reguliere thuiszorg en mantelzorg.

**Verloskundige:**

een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

**Verpleegkundige:**

een verpleegkundige die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

**Wet BIG:**

wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg van 11 november 1993, Stb. 1993, 655.

**Ziekenhuis:**

een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend.

**Ziekenverzorgende:**

een ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

**Zorgverleners:**

de medische, paramedische en alternatieve zorgverleners, ten aanzien van wier zorg op grond van de verzekeringsvoorwaarden recht op vergoeding bestaat.

**Zorgverzekeraars Nederland:**

de representatieve organisatie van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars.