

Anoz Select-Polis

De vergoedingen en de
tandheelkundige zorg



Inleiding

Deze brochure bevat de verzekeringsvoorwaarden per 1 januari 2001 met betrekking tot de Anoz Select-Polis van Anoz Zorgverzekeringen.

Naast de voorwaarden met betrekking tot de vergoedingen zijn er algemene voorwaarden. Deze voorwaarden (die achterin dit boekje zijn opgenomen) zijn vooral van administratieve aard.

Deze brochure met de voorwaarden inzake de vergoedingen vormen tezamen met de algemene voorwaarden de rechten en plichten met betrekking tot uw particuliere ziektekostenverzekering bij Anoz Zorgverzekeringen.

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

Inhoudsopgave

1 Vergoedingen Anoz Select-Polis

Zorg in uw omgeving:

1.1	Huisarts	6
1.2	Farmaceutische hulp	6
1.3	Paramedische zorg	7
1.4	Bevalling	7
1.5	Anoz Kraamzorg	7
1.6	Kraamzorg	8
1.7	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	8
1.8	Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap	8
1.9	Kaakorthopedische zorg	9
1.10	Kaakchirurgie	9
1.11	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	9
1.12	Orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar	9
1.13	Aanvullende thuiszorg	9
1.14	Stottertherapie Del Ferro-methode	10
1.15	Fleboloog of proctoloog	10
1.16	Sportconsult	10
1.17	Alternatieve zorg (excl. antroposofische zorg)	10

Huidtherapie:

1.18	Elektrische epilatie of laserepilatie	11
1.19	Camouflagetherapie	11
1.20	Acnebehandeling	11
1.21	Manuele lymfedrainage	11
1.22	Psoriasiskuurbehandelingen in Nederland	11
1.23	Kuurbehandelingen ernstig eczeem in Nederland	11

Hulpmiddelen:

1.24	Hulpmiddelen	12
1.25	Orthopedisch schoeisel	12
1.26	Podotherapie en orthopedische schoeiselaanpassingen	12
1.27	Brillenglazen/contactlenzen	12
1.28	Plaswekker	13
1.29	Thuismonitor	13

Vervoer:

1.30	Ziekenvervoer	13
------	---------------	----

Ziekenhuiszorg:

1.31	Ziekenhuis	13
1.32	Dagverpleging	14
1.33	Niet-klinisch specialistische hulp	14

Bijzondere (ziekenhuis)zorg:

1.34	Revalidatie	14
1.35	Fertiliteitsbevorderende behandelingen	14
1.36	Second Opinion	15
1.37	Orgaantransplantatie	15
1.38	Centrale diagnostiek leukemie	15
1.39	Nierdialyse	15

1.40	Beademing	16
1.41	Trombosedienst	16
1.42	Hulp door een audiologisch centrum	16
1.43	Erfelijkheidsonderzoek	16
1.44	Vormverbeterende operaties van het uiterlijk	16
1.45	Kuurbehandelingen (reumatische aandoeningen) in Nederland	16
	Verblijf buitenshuis:	
1.46	Verblijf in herstellingsoord	17
1.47	Ronald McDonaldhuis/Kiwanishuis/familiehuis Daniël den Hoed/pension	17
1.48	Pensionkosten na transplantatie	17
	Buitenland:	
1.49	Nederlands Astmacentrum Davos	18
1.50	Geneeskundige kosten buitenland	18
	AWBZ:	
1.51	Rechten en verplichtingen	19
1.52	AWBZ-zorgaanspraken	19
2	Extra: Aanvullende verzekering tandheelkundige zorg voor volwassenen	
	Vergoedingen Anoz Tandsolide-Polis	
2.1	Vergoedingen Anoz Tandsolide-Polis	19
2.2	Uitgesloten van vergoeding bij Anoz Tandsolide-Polis	20
	Vergoedingen Anoz Tandsubliem-Polis	
2.3	Vergoedingen Anoz Tandsubliem-Polis	20
2.4	Orthodontie voor volwassenen bij Anoz Tandsubliem-Polis	20
2.5	Uitgesloten van vergoeding bij Anoz Tandsubliem-Polis	21
	Algemene bepalingen extra verzekering van kosten van tandheelkundige zorg	
2.6	Extra verzekering tandheelkundige zorg naast particuliere ziektekostenverzekering	21
2.7	Toelating tot extra verzekering tandheelkundige zorg	21
2.8	Ingangsdatum	22
2.9	Geen recht op vergoeding	22
2.10	Tarief	22
3	Begripsomschrijvingen	
	Begripsomschrijvingen	22
4	Algemene Voorwaarden	
4.1	Omvang dekking	27
4.2	Uitsluitingen en beperkende bepalingen	27
4.3	Toelating	28
4.4	Gezinsverzekering maatschappijpolis	28
4.5	(Gezins) Eigen risico	29
4.6	Aanvullende verzekeringen	29
4.7	Grondslag van de verzekering	30
4.8	Bedenktijd	30
4.9	Inhoud en strekking van de verzekering	30

4.10	Verplichtingen verzekeringnemer	31
4.11	Declaraties	31
4.12	Aansprakelijkheid derden bij letselschade: ClaimCare	32
4.13	Ingang en duur van de verzekering	32
4.14	Pakketwijziging aan zijde van de verzekerde	32
4.15	Opzegging door de verzekeringnemer	33
4.16	Herintreding na Ziekenfondsverzekering	33
4.17	Opschorting werking verzekering bij buitenlands verblijf	34
4.18	Wijziging verzekeringsvoorwaarden	34
4.19	Premie	34
4.20	Premiebetaling	34
4.21	Schorsing van rechten	35
4.22	Royement	35
4.23	Incassokosten	35
4.24	Mededelingen	35
4.25	Aansprakelijkheid van derden	35
4.26	Aansprakelijkheid van Anoz Zorgverzekeringen	36
4.27	Registratie van persoonsgegevens	36
4.28	Zorg in Nederland	36
4.29	Geschillen	36
5	Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 1.17	
	Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 1.17	37

1 Vergoedingen Anoz Select-Polis

Zorg in uw omgeving:

1.1 Huisarts

Vergoed worden de kosten van:

- a hulpverlening door een huisarts;
- a laboratorium-, röntgenologisch- en functie-onderzoek, verricht op advies of in opdracht van een huisarts.

1.2 Farmaceutische hulp

- 1 Vergoed worden de kosten van farmaceutische hulp, overeenkomstig de Regeling farmaceutische hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, mits de hulp wordt geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige, tenzij Anoz Zorgverzekeringen anders bepaalt. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De Regeling farmaceutische hulp maakt deel uit van deze voorwaarden.
- 2 Per voorschrift worden de geneesmiddelen vergoed voor een periode van maximaal:
 - vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
 - drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlust remmende middelen;
 - vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
 - een maand in overige gevallen.
- 3 Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt gesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Regeling farmaceutische hulp of Anoz Zorgverzekeringen anders bepaalt. Indien wel een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, wordt het bedrag boven de vergoedingslimiet niet vergoed.
- 4 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de Regeling dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na toestemming vooraf door Anoz Zorgverzekeringen. De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.
- 5 De kosten van verbandmiddelen worden alleen vergoed als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

1.3 Paramedische zorg

- 1 Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van:
 - a fysiotherapie;
 - b oefentherapie Cesar;
 - c oefentherapie Mensendieck;
 - d logopedie.

Recht op vergoeding van deze kosten bestaat uitsluitend, indien de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist.

Per voorschrift van de verwijzend arts heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van maximaal 12 behandelingen fysiotherapie, oefentherapie Cesar, oefentherapie Mensendieck of logopedie.

- 2 De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van vervolghandelingen, volgend op de in het vorige artikel onderdeel genoemde maximumaantallen behandelingen, mits de vervolghandelingen vooraf door of namens de verzekerde worden aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen worden toegestaan.
- 3 Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd op enig moment een behandelingsplan op te vragen en aan de hand van het behandelingsplan nadere voorwaarden ten aanzien van de behandeling te stellen.

1.4 Bevalling

Voor vrouwelijke verzekerden geldt bij een bevalling de volgende vergoedingsregeling:

- a vergoed wordt het honorarium voor de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg), in rekening gebracht door een verloskundige, huisarts of specialist;
- b vergoed worden de kosten van een poliklinische bevalling;
- c in geval van bevalling in het ziekenhuis met medische noodzaak worden vergoed de kosten van het verloskundig onderzoek en de verloskundige behandeling, alsmede de daarmee verband houdende verpleging en verzorging.

1.5 Anoz Kraamzorg

- 1 De vrouwelijke verzekerde kan kiezen voor Anoz Kraamzorg. Als de verzekerde van Anoz Kraamzorg gebruik maakt, verzorgt Anoz Zorgverzekeringen de kraamzorg bij de verzekerde thuis. Onderdeel van de Anoz Kraamzorg is de zogeheten uitgestelde en couveuse-nazorg; op verzoek van de verzekerde wordt na een ziekenhuisopname van zes dagen of langer na de bevalling, gedurende maximaal drie dagen in totaal maximaal 16 uur kraamzorg verleend. De verzekerde die gebruik maakt van Anoz Kraamzorg, ontvangt de Anoz kraamdoos. De verzekerde is geen eigen bijdrage verschuldigd voor Anoz Kraamzorg.

- 2 De verzekerde dient Anoz Kraamzorg minimaal vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen.
Voor nadere informatie over bijvoorbeeld de voorwaarden waaronder Anoz Kraamzorg wordt geboden en de aanmelding voor Anoz Kraamzorg, kan contact worden opgenomen met het speciale telefoonnummer van Anoz Zorgverzekeringen: 0900-8807 (22 cent per minuut).

1.6 Kraamzorg

De verzekerde kan kiezen voor een geldbedrag in plaats van Anoz Kraamzorg. In dat geval wordt voor elke dag binnen de periode van 8 dagen vanaf de bevalling (waarbij de dag van de bevalling als de eerste dag geldt) waarvoor geen verpleegdag in het ziekenhuis in rekening wordt gebracht, een bedrag van f 250,- uitgekeerd.

1.7 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

- 1 Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen, waarin een lichamelijke aandoening danwel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het gaat om de volgende gevallen:
 - a het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
 - b een kaakgewrichtsafwijking, als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen-practicus - bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten - niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
 - c een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
 - d een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnato- of palatoschisis);
 - e een uitgebreid defect aan mond, kaak of aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
 - f functieverlies van de speekselklieren, zoals na bestralingen in het hoofd-halsgebied en bij een ernstige vorm van de ziekte van Sjögren, waarbij sprake is van zeer ernstige tandheelkundige consequenties;
 - g ernstige aangeboren tandafwijkingen, zoals amelogenesis imperfecta, waarbij het aantal aangedane elementen tenminste tien dient te zijn.
- 2 Recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat uitsluitend indien:
 - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, en
 - de behandeling plaatsvindt in een door Anoz Zorgverzekeringen erkend Centrum voor Tandheelkundige hulp in Bijzondere Gevallen, en
 - de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen (inclusief behandelingsplan), en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. Anoz Zorgverzekeringen geeft geen toestemming, indien de voorgestelde behandeling ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

1.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap

De verzekerde, bij wie als gevolg van een lichamelijke of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, heeft recht op vergoeding van 75% van het tarief per behandelingsuur (U10-tarief uit de UPT-tarievenlijst), doch uitsluitend indien:

- de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan, en
- de verzekerde geen aanspraak kan maken op tandheelkundige hulp krachtens de AWBZ.

1.9 Kaakorthopedische zorg

Vergoed worden de kosten van kaakorthopedische zorg bij een orthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnato- en/of palatoschisis), doch uitsluitend indien de zorg wordt uitgevoerd door een orthodontist, op advies van een schisisteam, specialist of tandarts.

1.10 Kaakchirurgie

- 1 Vergoed wordt het honorarium van de kaakchirurg bij zowel klinische als poliklinische behandeling.
- 2 Recht op vergoeding van kosten die verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg bestaat uitsluitend indien:
 - er sprake is van volledige tandeloosheid, en
 - er sprake is van een sterk geresorbeerde onderkaak (resterende kaakhoogte is lager dan 15 mm.), en
 - de behandelend kaakchirurg verklaart dat de behandeling plaatsvindt als substitutie voor een absolute kaakwalverhoging, en
 - de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. Vergoed worden uitsluitend het honorarium van de kaakchirurg en de kosten van de operatiekamer. Materiaalkosten van het implantaat komen niet voor vergoeding in aanmerking.

1.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

De verzekerde die jonger is dan 18 jaar heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige zorg, verleend door een tandarts, een dienst voor jeugdtandverzorging, een centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen of een mondhygiënist, tot een maximum van f 650,- per verzekerde per kalenderjaar.

1.12 Orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar

De verzekerde die jonger is dan 18 jaar heeft recht op vergoeding van de kosten van gebitsregulatie door een orthodontist, een tandarts of een tandheelkundige instelling tot een maximum van f 3.000,- voor de duur van de verzekering.

1.13 Aanvullende thuiszorg

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van aanvullende thuiszorg door een verpleegkundige of ziekenverzorgende, ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis. Recht op vergoeding van genoemde kosten bestaat uitsluitend indien de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. Daarbij kan Anoz Zorgverzekeringen nadere voorwaarden stellen. De kosten worden vergoed tot maximaal f 300,- per etmaal.

1.14 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.

1.15 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 door 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.

1.16 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.

1.17 Alternatieve zorg (excl. antroposofische zorg)

- 1 Vergoed worden - met inachtneming van de in 1.17 genoemde maxima - de kosten van acupunctuur, chiropractie, haptotherapie, homeopathie, manuele therapie/manuele geneeskunde, neuriaaltherapie, 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 jaar 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 1.17 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:

1.18 Electriscbe epilatie of laserepilatie

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van electrische 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.

1.19 Camouflagetherapie

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van lessen en materialen in verband met camouflagetherapie en de kosten van tepelhof tatoeage 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.

1.20 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.

1.21 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.

1.22 Psoriasis kuurbehandelingen

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.

1.23 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:

1.24 Hulpmiddelen

- 1 De verzekerde heeft recht op vergoeding van (een deel van) de kosten van aanschaf in eigendom, correctie, vervanging en herstel of van verstrekking in bruikleen van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering, doch uitsluitend indien:
 - de hulpmiddelen zijn opgenomen in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, en
 - de hulpmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, en
 - de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan (bij welke toestemming Anoz Zorgverzekeringen nadere voorwaarden kan stellen), en
 - de hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Anoz Zorgverzekeringen.
- 2 De hoogte van de vergoeding is conform hetgeen bepaald is in de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde Regeling hulpmiddelen. Deze regeling wordt op verzoek toegezonden.
- 3 Anoz Zorgverzekeringen biedt de verzekerde bemiddeling bij het tot gelding brengen van zijn aanspraak op deze hulpmiddelen.

1.25 Orthopedisch schoeisel

De verzekerde heeft recht op een tegemoetkoming in de eigen bijdrage die krachtens de in 1.24 genoemde Regeling hulpmiddelen geldt als verzekerde gebruik maakt van de aanspraak op de vergoeding van (een deel van) de kosten van de aanschaf van orthopedisch schoeisel. De tegemoetkoming bedraagt maximaal f 62,50 per paar schoenen.

1.26 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.
- 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.

1.27 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.

1.28 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.

1.29 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

Vervoer:

1.30 Ziekenvervoer

- 1 Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland per ambulance, auto, taxi, rolstoeltaxi, of zo nodig per heli-copter en/of veerboot zowel naar als van een ziekenhuis, kraaminrichting, AWBZ-instelling of de plaats waar behandeling door een specialist of (paramedisch) zorgverlener plaatsvindt. Recht op vergoeding van ziekenvervoer als zojuist bedoeld bestaat uitsluitend indien:
 - het vervoer verband houdt met zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Select-Polis vallen, en
 - openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is.De kosten van openbaar vervoer worden niet vergoed.
- 2 Bij vervoer per auto geldt een vergoeding per kilometer conform de kilometervergoeding zoals vermeld in het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering. Deze kilometervergoeding wordt jaarlijks vastgesteld. In 2000 bedroeg de kilometervergoeding f 0,40 per kilometer. Bij vervoer per veerboot worden de extra gemaakte kosten boven het passagierstarief vergoed. Behoudens voor ambulance- en heli-coptervervoer geldt voor ziekenvervoer per verzekerde een eigen bijdrage conform de eigen bijdrage zoals vermeld in het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering. De eigen bijdrage wordt jaarlijks vastgesteld. In 2000 bedroeg de eigen bijdrage f 155,- per jaar.

Ziekenhuiszorg:

1.31 Ziekenhuis

Bij opname in een ziekenhuis heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

- a de kosten van verpleging in de verzekerde klasse;
- b de kosten van specialistische hulp;
- c de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind in een ziekenhuis moet verblijven vanwege de verpleging van de moeder, worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet heeft bereikt.

1.32 Dagverpleging

Bij dagverpleging in een ziekenhuis heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

- a de kosten van bedverpleging;
- b het honorarium voor specialistische hulp;
- c de bijkomende kosten.

1.33 Niet-klinische specialistische hulp

Als kosten van niet-klinische specialistische hulp komen voor vergoeding in aanmerking:

- a het honorarium voor specialistische hulp;
- b de bijkomende kosten.

Recht op vergoeding van deze kosten bestaat uitsluitend indien de hulp plaatsvindt op verwijzing van de huisarts, de behandelend specialist, of - als het gaat om niet-klinische specialistische hulp te verlenen door een kaakchirurg - de tandarts. In uitzondering hierop is voor niet-klinisch specialistische hulp door een oogarts of keel-, neus- en oorarts geen verwijzing nodig.

Bijzondere (ziekenhuis)zorg:

1.34 Revalidatie

- 1 Vergoed worden de kosten van revalidatie, doch uitsluitend indien:
 - de hulp voor de verzekerde als meest doeltreffende is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat, en
 - de verzekerde met de hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die - gegeven diens beperkingen - redelijkerwijs mogelijk is, en
 - de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan, waarbij Anoz Zorgverzekeringen als bewijs van de toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt.
- 2 De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te gaan van een behandelplan van de behandelend arts. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.
- 3 De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van de kosten die gepaard gaan met een meerdaagse opname, indien in geval van een meerdaagse opname spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan bij revalidatie in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

1.35 Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en van kunstmatige inseminatie. Daarnaast kan een tegemoetkoming worden gegeven in de kosten van een in vitro fertilisatie behandeling (IVF) in een daartoe vergunninghoudend ziekenhuis.

Per vrouwelijke verzekerde worden maximaal drie IVF-behandelingen vergoed.

Recht op vergoeding van een fertiliteitsbevorderende behandeling bestaat uitsluitend indien:

- er sprake is van een medische indicatie, en
- de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij

Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan, waarbij Anoz Zorgverzekeringen nadere voorwaarden kan stellen.

1.36 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 wordt maximaal één consult (second opinion) per verzekerde per kalenderjaar.

1.37 Orgaantransplantatie

- 1 Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, alvleesklier, nier, hart en lever. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van weefseltype-ingen die in verband met de genoemde transplantaties gedeclareerd worden door Eurotransplant. Recht op vergoeding van deze kosten bestaat uitsluitend indien de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De kosten van transplantaties van andere dan de bovengenoemde organen (waaronder hart-long transplantaties) worden niet vergoed.
- 2 Vergoed worden de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. De verzekerde heeft voorts recht op vergoeding van de kosten van de medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag van de donor uit het ziekenhuis, waar de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. Dit recht op vergoeding op de kosten van medische behandeling van de donor bestaat uitsluitend indien de behandeling verband houdt met de betreffende - en onder de dekking van deze verzekering vallende - orgaan-transplantatie.

1.38 Centrale diagnostiek leukemie

Vergoed worden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, in rekening gebracht door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

1.39 Nierdialyse

- 1 Vergoed worden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) of bij de verzekerde thuis.
- 2 Bij thuisdialyse komen tevens bepaalde niet-medische kosten voor vergoeding in aanmerking, overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Recht op vergoeding van de betreffende kosten bestaat uitsluitend indien de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. Anoz Zorgverzekeringen kan daarbij nadere voorwaarden stellen.

1.40 Beademing

Vergoed worden de kosten die verband houden met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten van door een beademingscentrum als zojuist bedoeld op voorschrift van een specialist gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

1.41 Trombosedienst

Vergoed worden de kosten van hulp door de trombosedienst, mits de hulp plaatsvindt op voorschrift van de behandelend specialist.

1.42 Hulp door een audiologisch centrum

Vergoed worden de kosten van hulp door een - daartoe door een bevoegde overheidsinstantie erkend - audiologisch centrum, mits de hulp plaatsvindt op voorschrift van de huisarts, een kinderarts of een keel-, neus- en oorarts.

1.43 Erfelijkheidsonderzoek

Vergoed worden de kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze hulp omvat: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek, erfelijkheidsadvisering en met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding. Onder het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen valt tevens onderzoek bij andere personen dan de verzekerde, indien dit noodzakelijk is voor het advies aan de verzekerde. Aan de betreffende personen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

1.44 Vormverbeterende operaties van het uiterlijk

Vergoed worden de kosten van vormverbeterende operaties van het uiterlijk, doch uitsluitend indien:

- er sprake is van een verminking ten gevolge van ongeval of ziekte danwel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking, en
- er sprake is van een medische noodzaak voor de operatie, en
- de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

1.45 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 behandeling 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:

1.46 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 van maximaal 42 dagen.

1.47 Ronald McDonaldhuis/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 McDonaldhuis, 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 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 verzekerde en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- 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.

1.48 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 verzekerd is bij Anoz Zorgverzekeringen (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de verzekerde en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- 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.

Buitenland:

1.49 Nederlands Astmacentrum Davos

Bij opname in het Nederlands Astmacentrum te Davos komen de volgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

- a de kosten van verpleging in de verzekerde klasse;
- b de kosten van specialistische hulp;
- c de bijkomende kosten.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- er sprake is van een verwijzing door een kinderarts of longarts, en
- vergoeding van de verblijfkosten vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

1.50 Geneeskundige kosten buitenland

De verzekerde heeft bij een verblijf in het buitenland, dat maximaal 90 dagen aaneengesloten duurt, recht op vergoeding van ziektekosten, onder de volgende voorwaarden:

- a Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend indien:
 - het verblijf in het buitenland niet uitsluitend of mede ten doel heeft aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening geen verband houdt met wedstrijdsport;
 - de hulpverlening een spoedeisend karakter heeft en niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;
 - ingeval van noodsituaties overleg plaatsvindt met de SOS-alarmcentrale.
- b Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden ook in Nederland vergoed zouden worden, op basis van de tarieven die gelden in het land waar de verzekerde verblijft, met dien verstande dat:
 - de maxima en eigen risico's die in Nederland gelden van toepassing zijn;
 - de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen worden vergoed. Eerst bij onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen kan een nieuwe periode aanvangen. Het maximum van 365 dagen geldt ook voor een in het buitenland aangevangen en in Nederland voortgezette behandeling;
 - geneesmiddelen uitsluitend worden vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;
- c Voor vergoeding komen voorts in aanmerking:
 - de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de zieke of gewonde verzekerde vanuit het buitenland naar Nederland (repatriëring);
 - in geval van overlijden de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland tot een maximum van f 12.500,-;
 - (wanneer van de onder het vorige punt genoemde mogelijkheid geen gebruik wordt gemaakt) de begrafeniskosten of de kosten van crematie ter plaatse en de kosten van vervoer (overkomst en terug) van familieleden in de eerste en tweede graad, tot ten hoogste het bedrag dat het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland met zich gebracht zou hebben, echter in totaal tot een maximum van f 12.500,-;
 - de kosten van hulpverlening door de alarmcentrale;
- d Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoersen van munteenheden van verdragslanden vastgesteld door het College voor Zorgverzekeringen. Voor zover er sprake is van een munteenheid van een niet-verdragsland, geldt de omrekenkoers op de dag waarop Anoz Zorgverzekeringen de desbetreffende vergoedingen uitkeert;

- e Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

AWBZ:

1.51 Rechten en verplichtingen

Voor zover in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) niet anders is geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van Anoz Zorgverzekeringen en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in de onderhavige polisvoorwaarden

1.52 AWBZ-zorgaanspraken

De AWBZ-gerechtigde verzekerde heeft recht op de zorgaanspraken krachtens de AWBZ met inachtneming van de bij of krachtens die wet gestelde regels. Bij het ter perse gaan van deze verzekeringsvoorwaarden kent de AWBZ onder meer de navolgende zorgaanspraken:

- verzorging en verpleging;
- ziekenhuis, na één jaar opname;
- geestelijke gezondheidszorg;
- zorg voor zintuiglijk gehandicapten
- zorg voor verstandelijk gehandicapten;

2 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 Anoz Tandsolide-Polis en de Anoz 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 Anoz Tandsolide-Polis:

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

2.2 Uitgesloten van vergoeding bij Anoz Tandsolide-Polis

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

Vergoedingen Anoz Tandsubliem-Polis

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

2.4 Orthodontie voor volwassenen bij Anoz 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.

2.5 Uitgesloten van vergoeding bij Anoz Tandsubliem-Polis

Uitgesloten van vergoeding zijn materiaalkosten en kosten van laboratoriumonderzoek.

Algemene bepalingen extra verzekering van kosten van tandheelkundige zorg

In aanvulling op de algemene voorwaarden van de maatschappijverzekering (in dit verband ook wel particuliere ziektekostenverzekering genoemd) zijn voor de extra verzekeringen van kosten van tandheelkundige zorg, de Anoz Tandsolide-Polis en de Anoz Tandsubliem-Polis, de volgende voorwaarden van kracht.

2.6 Extra verzekering van kosten van tandheelkundige zorg naast particuliere ziektekostenverzekering

- 1 Naast de particuliere ziektekostenverzekeringen 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 particuliere ziektekostenverzekeringen van Anoz Zorgverzekeringen.
- 2 De aanvullende verzekering terzake van tandheelkundige zorg voor volwassenen is een gezinsverzekering. Deze extra verzekering geldt dan tevens voor eventuele medeverzekerden van 18 jaar of ouder.

2.7 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.

2.8 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 Select-Polis een einde neemt
- 2 De verzekerde is - vanaf de ingangsdatum van de Anoz Tandsolide-Polis of de Anoz 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 Select-Polis.

2.9 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).

2.10 Tarief

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

3 Begripsomschrijvingen

Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Anoz Zorgverzekeringen:

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

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.

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 Geneesmiddelen-voorziening 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 (poliklinische) 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 nood-zakelijk 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, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

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 als specialist 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 Zorgverzekeringen 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.

4 Algemene Voorwaarden

4.1 Omvang van de dekking

- 1 Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt Anoz Zorgverzekeringen de kosten van de zorgaanspraken, zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden welke met de verzekerde zijn overeengekomen, alsmede van de overeengekomen aanvullende verzekeringen, met inachtneming van het eventueel overeengekomen eigen risico.
- 2 Vergoeding vindt plaats op basis van het door of namens Anoz Zorgverzekeringen met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Wanneer geen tarief is overeengekomen met de zorgaanbieder, vergoedt Anoz Zorgverzekeringen de kosten op basis van het wettelijk vastgestelde tarief. Als er ook geen wettelijk vastgesteld tarief is, vindt vergoeding plaats op basis van de feitelijke kosten. Vergoeding vindt in alle gevallen plaats met inachtneming van het overeengekomen eigen risico en van hetgeen terzake van de vergoeding in de polisvoorwaarden is bepaald.
- 3 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 door de verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

4.2 Uitsluitingen en beperkende bepalingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- a voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij; één en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponerd;
- b
 - 1 Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
 - 2 De uitsluiting onder punt 1. geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225).
 - 3 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt punt 2 geen toepassing;
- c indien en voor zover recht en/of aanspraak bestaat op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege, subsidieregeling, een andere verzekering al dan niet van oudere datum of een andere overeenkomst of voorziening;
- d voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Toegang Ziektekostenverzekering (WTZ) en die van bevolkingsonderzoek;
- e met betrekking tot: ziekten en afwijkingen die reeds voor de ingangsdatum van de verzekering bestonden en die niet door de verzekeringnemer op het aan-

- vraagformulier zijn vermeld, hoewel verzekerde op dat tijdstip hiervan wel kennis droeg of klachten ondervond;
- f met betrekking tot: zorg waartoe geen medische noodzaak bestaat, tenzij daarvoor in de betreffende polis uitdrukkelijk een vergoeding is opgenomen;
 - g met betrekking tot: zorg waarvoor in de betreffende polis niet uitdrukkelijk een vergoeding is opgenomen.
- In ieder geval is er geen recht op vergoeding van kosten met betrekking tot:
- Frischzellentherapie en KH3-behandelingen;
 - zwangerschapsonderbreking, tenzij verricht door een gynaecoloog in een ziekenhuis;
 - huisartsenhulp tijdens ziekenhuisopname;
 - het ongedaan maken van een ondergane sterilisatie (waaronder re-kanalisatie);
 - middelen en geneesmiddelen betrekking hebbend op haargroei;
 - chelatietherapie;
 - dieet- en voedingspreparaten (met uitzondering van pku-dieetmiddelen);
- h met betrekking tot de volgende zorgaanspraken, tenzij daarvoor in de betreffende polis uitdrukkelijk een vergoeding is opgenomen:
 - zwangerschaps- en postnatale gymnastiek;
 - het inbrengen van implantaten in de kaak en de kosten hiermee verbandhoudend;
 - niet erkende c.q. alternatieve behandelingen of onderzoek;
 - vorm- en/of uiterlijkverbeterende operaties;
 - alle fertiliteitsbehandelingen;
 - keuringen, attesten en vaccinaties;
 - i wanneer de verzekerde een of meer van de in de verzekeringsvoorwaarden genoemde verplichtingen niet nakomt.

4.3 Toelating

- 1 Als verzekerden kunnen worden toegelaten natuurlijke personen woonachtig in Nederland.
- 2 De verzekeringnemer en de aspirant-medeverzekerden zijn verplicht aan Anoz Zorgverzekeringen de inlichtingen te verschaffen die voor de beoordeling van het risico nodig zijn. Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd voor de medische beoordeling een medisch onderzoek te verlangen en daarvoor een (tand-)arts aan te wijzen. De persoon op wie het onderzoek betrekking heeft, wordt in de gelegenheid gesteld om mee te delen of hij de uitslag van het onderzoek wenst te vernemen en zo ja, of hij daarvan als eerste kennis wenst te nemen, teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan derden wordt gedaan.
- 3 Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de aanvrager de toelating te weigeren tot de maatschappijpolis of een der aanvullende verzekeringen, op grond van de medische beoordeling.
- 4 Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de aanvrager de toelating te weigeren tot de maatschappijpolis of een der aanvullende verzekeringen, ingeval ten aanzien van deze door Anoz Zorgverzekeringen de verzekering eerder is beëindigd wegens wanbetaling (royement).

4.4 Gezinsverzekering maatschappijpolissen

- 1 De maatschappijpolissen van Anoz Zorgverzekeringen zijn een gezinsverzekering: met inachtneming van de navolgende bepalingen dienen tevens de partner en kinderen van de verzekeringnemer verzekerd te worden tegen dezelfde voorwaarden als de verzekeringnemer.
- 2 Voor medeverzekering van gezinsleden gelden de volgende bepalingen:
 - a Eigen kinderen, alsmede pleegkinderen (mits niet ouder dan 2 jaar) en adop-

tiekinderen die blijvend in het gezin zijn opgenomen, kunnen zonder medische selectie met ingang van de dag van geboorte resp. opname in het gezin worden meeverzekerd. Voorwaarde is dat zij binnen 30 dagen na de geboorte resp. opname in het gezin schriftelijk ter verzekering zijn aangemeld bij Anoz Zorgverzekeringen.

- b Andere gezinsleden kunnen, mits nog geen 65 jaar, alleen worden meeverzekerd indien Anoz Zorgverzekeringen, na medische selectie, daarin toestemt.
- c Meeverzekerde gezinsleden wier verzekering anders dan door opzegging door Anoz Zorgverzekeringen eindigt, kunnen aansluitend zonder medische selectie een zelfstandige verzekering sluiten op dezelfde voorwaarden, mits zij hun aanvraag daartoe binnen 30 dagen na het einde van hun verzekering bij Anoz Zorgverzekeringen hebben ingediend.
- d De verplichting tot medeverzekering van partner en/of kinderen geldt niet, wanneer jegens hen een verplichte ziekenfonds- of ambtenarenverzekering geldt, dan wel wanneer zij aanspraak kunnen maken op toelating tot de StandaardPakket-Polis krachtens de Wet Toegang Ziektekostenverzekering (WTZ).

4.5 (Gezins-) Eigen risico

- 1 De verzekeringnemer kan een eigen risico kiezen. In dat geval geldt tevens voor zijn medeverzekerden een eigen risico van gelijke hoogte. De verzekeringnemer is premie en eigen risico verschuldigd voor maximaal drie kinderen jonger dan 21 jaar en voor maximaal drie kinderen van 21 jaar of ouder. Voor meeverzekerde kinderen geldt een lager eigen risico. Voor alle verzekerden op de polis tezamen wordt het eigen risico getotaliseerd. Het op het polisblad vermelde eigen risico per kalenderjaar is voor alle verzekerden tezamen van toepassing.
- 2 Het eigen risico geldt niet bij kosten als direct gevolg van een ongeval waarbij Anoz Zorgverzekeringen deze kosten kan verhalen op een derde. In dat geval wordt het eigen risico na incasso van de betreffende kosten terugbetaald.
- 3 Wanneer een opname in een intramurale instelling begint na 1 december en niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, worden de tijdens de opname gemaakte kosten voor verpleging en behandeling toegekend aan het kalenderjaar waarin deze opname begon.
- 4 Voor het bepalen van de hoogte van het eigen risico is de (gezins-) situatie bij de aanvang van de verzekering of de (gezins-) situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Beëindiging of wijziging van het van toepassing zijnde eigen risico vindt uitsluitend plaats bij de aanvang van de verzekering of per 1 januari van enig jaar. Een reeds ingehouden eigen risico wordt niet gerestitueerd.
- 5 Voor het bereiken van het van toepassing zijnde eigen risico tellen uitsluitend de kosten mee, die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Niet voor vergoeding in aanmerking komen de eigen bijdragen die voor bepaalde zorgvormen zijn verschuldigd.
- 6 Indien het eerste verzekeringsjaar niet gelijk is aan een kalenderjaar, wordt het eigen risico op jaarbasis verminderd met 1/12 deel voor iedere voor de ingangsdatum van de verzekering verstreken volle kalendermaand van het kalenderjaar waarbinnen de verzekering wordt afgesloten.

4.6 Aanvullende verzekeringen

De aanvullende verzekeringen van Anoz Zorgverzekeringen zijn zijn gezinsverzekeringen voor verzekerden van 18 jaar of ouder.

4.7 Grondslag van de verzekering

- 1 Het volledig en naar waarheid ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier, alsmede de daarnaast door of namens verzekeringnemer en verzekerden verstrekte inlichtingen en afgegeven verklaringen aan Anoz Zorgverzekeringen vormen, met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens, de grondslag op basis waarvan Anoz Zorgverzekeringen tot sluiten van de verzekering is overgegaan, en maken daarvan deel uit.
- 2 Anoz Zorgverzekeringen is niet gehouden enigerlei vergoeding van kosten te geven, indien de in het eerste lid van 1.47 genoemde mededelingen in strijd met de waarheid of onvolledig zijn, waardoor Anoz Zorgverzekeringen niet in de gelegenheid is gesteld de juiste omvang van het te verzekeren risico te beoordelen. Anoz Zorgverzekeringen is voorts bevoegd in dit geval de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door Anoz Zorgverzekeringen te bepalen tijdstip te beëindigen, zulks onverkort het recht van Anoz Zorgverzekeringen een beroep te doen op nietigheid van de verzekering conform artikel 251 Wetboek van Koophandel.

Toelichting: Artikel 251 Wetboek van Koophandel bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig is, indien bij het aanvragen van de verzekering onjuiste of onvolledige informatie werd verstrekt ("verzwijging"). De plicht om informatie te verschaffen omvat alles wat voor Anoz Zorgverzekeringen van belang kan zijn voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Daarbij wordt ook informatie die door gemachtigden (niet) werd gegeven toegerekend aan de verzekeringnemer. Het gevolg van "verzwijging" - ook al was de verzekeringnemer zich daarvan niet bewust is dat Anoz Zorgverzekeringen zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren.

- 3 De aanduiding van de verzekerde personen, de dekking, eventuele eigen risico-bedragen en andere gegevens die op het polisblad zijn vermeld, worden geacht van de verzekeringnemer afkomstig te zijn of diens instemming te hebben.

4.8 Bedenktijd

Binnen 14 dagen na dagtekening van het eerste polisblad kan de verzekering door de verzekeringnemer bij aangetekend schrijven worden opgezegd, waardoor de verzekering geacht wordt niet te zijn ingegaan. Door aanvaarding van de polis neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat deze in voor de juistheid en volledigheid van de aan Anoz Zorgverzekeringen verstrekte mededelingen.

4.9 Inhoud en strekking van de verzekering

- 1 De inhoud en strekking van de verzekering worden bepaald door het aanmeldingsformulier, het polisblad, de geldende verzekeringsvoorwaarden, de statuten en de wettelijke regels.
- 2 In alle gevallen waarin de verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist Anoz Zorgverzekeringen. Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd in bijzondere gevallen ten gunste van de verzekerde van de verzekeringsvoorwaarden af te wijken, indien de toepassing ervan naar het oordeel van Anoz Zorgverzekeringen tot ernstige onbillijkheden zou leiden. In geen geval kan van de verzekeringsvoorwaarden worden afgeweken, ter vergoeding van ziektekosten die onder de dekking van andere maatschappijpolissen vallen.

4.10 Verplichtingen verzekeringnemer

- 1 De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van zijn gezin, in zijn adres, bank- of girorekeningnummer en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekering ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de wijziging, schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen mede te delen. Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
 - het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere regeling of overeenkomst op grond waarvan recht c.q. aanspraak ontstaat op vergoeding van ziektekosten en verstrekkingen; 4
 - verhuizing;
 - huwelijk;
 - duurzame samenwoning en het voeren van een gemeenschappelijke huishouding;
 - geboorte;
 - overlijden.

Indien de meldingsplicht niet wordt nagekomen is Anoz Zorgverzekeringen bevoegd uitbreiding van de verplichtingen te weigeren. Bovendien bestaat geen aanspraak op een eventuele vermindering of restitutie van premie, tot aan de dag waarop door Anoz Zorgverzekeringen de mededeling van de wijziging heeft ontvangen.
- 2 De verzekeringnemer is voorts verplicht:
 - van een opneming in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg zo spoedig mogelijk en vooraf kennis te geven aan Anoz Zorgverzekeringen;
 - spoedopnemingen binnen drie dagen na opneming ter kennis te brengen van Anoz Zorgverzekeringen;
 - de behandelend (huis)arts of specialist te vragen de reden van opneming bekend te maken aan (de medische adviseur van) Anoz Zorgverzekeringen;
 - aan Anoz Zorgverzekeringen medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - bij niet-klinisch specialistische behandeling, een verwijzing van de specialist, huisarts of tandarts te overleggen indien Anoz Zorgverzekeringen hierom vraagt;
 - bij paramedische zorg een verwijzing van de specialist of huisarts te overleggen indien Anoz Zorgverzekeringen hierom vraagt.
- 3 Wanneer de belangen van Anoz Zorgverzekeringen worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft Anoz Zorgverzekeringen geen kosten te vergoeden.

4.11 Declaraties

- 1 De verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten -onder overlegging van de originele nota's- bij Anoz Zorgverzekeringen declareren. De verzekerde dient daarbij zo mogelijk gebruik te maken van een door Anoz Zorgverzekeringen ter beschikking gesteld declaratieformulier. De declaratie dient bij Anoz Zorgverzekeringen te worden aangeboden binnen 24 maanden na de behandeldatum. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum, dan wel de datum van levering; niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer aan de verzekerde een vertraging van de hiervoor genoemde termijn in redelijkheid niet is toe te rekenen, kan Anoz Zorgverzekeringen hiervan afwijken.
- 2 De verzekerde kan op het declaratieformulier of anderszins aangeven, dat de gedeclareerde nota betaalbaar kan worden gesteld aan de betreffende zorgverlener, dit is alleen mogelijk indien de betreffende kosten voor 100% vergoeding in aanmerking komen. In dat geval kan Anoz Zorgverzekeringen deze nota aan

de betreffende zorgverlener betalen. In dat geval wordt Anoz Zorgverzekeringen door de betaling aan de zorgverlener bevrijd van zijn verplichting jegens de verzekerde tot vergoeding van deze nota.

- 3 De verzekeringnemer ontvangt van Anoz Zorgverzekeringen een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke gedeclareerde kosten geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.

4.12 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.

4.13 Ingang en duur van de verzekering

- 1 De verzekering gaat in op de datum zoals vermeld op het polisblad en loopt gedurende het jaar waarin de verzekering is aangegaan en het daarop volgende kalenderjaar. De verzekering wordt daarna telkens stilzwijgend met één kalenderjaar verlengd.
- 2 De verzekering eindigt (in alle gevallen om 0.00 uur van de einddatum):
 - door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer op de wijze vermeld in 4.15 of 4.18;
 - door overlijden van de verzekeringnemer;
 - voor de verzekerde met ingang van de dag van vertrek van de verzekerde voor blijvende vestiging in het buitenland (waaronder meebegrepen de Nederlandse Antillen);
 - door schriftelijke opzegging door Anoz Zorgverzekeringen op een door Anoz Zorgverzekeringen te bepalen tijdstip ingeval van:
 - a verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 4.7;
 - b roeyement als bedoeld in 4.22;
 - c gronden als bedoeld in 4.2.De aanvullende verzekeringen eindigen van rechtswege met het einde van de maatschappijpolis.
- 3 Met ingang van de eerste van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt door een verzekerde, wordt de verzekering ten aanzien van deze verzekerde voortgezet door een verzekering onder de wettelijke voorwaarden en verstrekingen van de StandaardPakket-Polis, eventueel naar keuze van de verzekerde uitgebreid met een aanvullende verzekering.

4.14 Pakketwijziging aan de zijde van de verzekerde

- 1 De verzekeringnemer kan de maatschappijpolis uitbreiden met één of meer aanvullende verzekeringen. Uitbreiding van de verzekering met een aanvullende verzekering gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin Anoz Zorgverzekeringen instemt met de aangevraagde uitbreiding.
- 2 De verzekeringnemer kan ieder jaar, uiterlijk op 1 november aan Anoz

Zorgverzekeringen verzoeken om wijziging van de verzekerde maatschappijpolis dan wel wijziging of beëindiging van aanvullende verzekering(en) en/of de verzekerde klasse en/of de hoogte van het eigen risico, per 1 januari daaropvolgend. De verzekeringnemer en de aspirant-medeverzekerden zijn verplicht aan Anoz Zorgverzekeringen de inlichtingen te verschaffen die voor de beoordeling van het risico nodig zijn. Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd voor de medische beoordeling een medisch onderzoek te verlangen en daarvoor een (tand-) arts aan te wijzen. De persoon op wie het onderzoek betrekking heeft, wordt in de gelegenheid gesteld om mee te delen of hij de uitslag van het onderzoek wenst te vernemen en zo ja, of hij daarvan als eerste kennis wenst te nemen, teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan derden wordt gedaan. Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de verzekeringnemer de gewenste wijziging van de maatschappijpolis of een der aanvullende verzekeringen, op grond van de medische beoordeling te weigeren.

- 3 In geval van pakketwijziging zoals in het vorige lid omschreven, wordt terzake van de termijnen van de zorgaanspraken, de verzekering voortgezet als ware er geen wijziging in het pakket van verzekering geweest. Binnen de betreffende termijnen gedane vergoedingen worden meegenomen bij de bepaling van de (maximale) vergoeding in het kader van het nieuw gekozen pakket.

4.15 Opzegging door de verzekeringnemer

- 1 Opzegging van de verzekering kan door de verzekeringnemer uitsluitend bij aangetekende brief geschieden met inachtneming van een opzeggingstermijn van tenminste twee kalendermaanden, derhalve vóór 1 november met ingang van 1 januari van het volgende jaar. Deze opzegging kan uitsluitend beëindiging van de verzekering inhouden ten aanzien van zowel de verzekeringnemer als de verzekerden (gezinsleden), tenzij Anoz Zorgverzekeringen bereid is hiervan af te wijken.
- 2 Voorts wordt de verzekering beëindigd naar aanleiding van het ontstaan van een verplichte ziekenfondsverzekering. In dat geval wordt de verzekering beëindigd met ingang van de dag waarop door Anoz Zorgverzekeringen een afschrift van het bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds is ontvangen.
- 3 Wanneer de verzekeringnemer verklaart dat de ziektekosten van één of meer van de verzekerden (gezinsleden) niet langer te zijnen laste komen, als gevolg van een echtscheiding of scheiding van tafel en bed, wordt op verzoek van de verzekeringnemer de verzekering van de betrokken verzekerden beëindigd met inachtneming van een termijn van twee kalendermaanden.

4.16 Herintreding na ziekenfondsverzekering

Verzekerden wier verzekering bij Anoz Zorgverzekeringen gedurende maximaal één jaar een einde neemt wegens militaire dienstplicht of verplichte ziekenfondsverzekering, kunnen in aansluiting op hun diensttijd respectievelijk hun tijdelijke ziekenfondsverzekering zonder medische beoordeling worden toegelaten tot de voordien voor hen geldende maatschappijpolis, aanvullende verzekering(en), klasse en eigen risico. Hierbij geldt de voorwaarde dat de ziekenfondsverzekerde bij het ziekenfonds o.w.m. Anoz Zorgverzekeringen u.a. is ingeschreven geweest.

4.17 Opschorting werking verzekering bij buitenlands verblijf

Anoz Zorgverzekeringen kan op verzoek van de verzekeringnemer de werking van de verzekering opschorten tegen betaling van 20% van de normaal verschuldigde premie bij vertrek naar het buitenland voor ten hoogste 5 jaar.

4.18 Wijziging verzekeringsvoorwaarden

- 1 Anoz Zorgverzekeringen heeft het recht om de verzekeringsvoorwaarden en/of premies met betrekking tot de lopende verzekeringen te wijzigen. Anoz Zorgverzekeringen stelt de verzekeringnemer vóór de ingangsdatum van de wijzigingen schriftelijk op de hoogte.
- 2 De verzekeringnemer heeft het recht om de verzekering schriftelijk op te zeggen binnen 30 dagen nadat de mededeling over de wijzigingen aan de verzekeringnemer is toegezonden. De verzekering wordt dan beëindigd per datum van de wijzigingen. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking.
- 3 Premiewijzigingen op grond van leeftijd van verzekerden, alsmede premie- en/of voorwaardenwijzigingen op grond van wettelijke regelingen en bepalingen daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat, worden niet als een wijziging zoals bedoeld in het eerste lid aangemerkt.

4.19 Premie

- 1 De premies en eventuele toeslagen worden door Anoz Zorgverzekeringen vastgesteld en gewijzigd. De premiewijziging op grond van leeftijd gaat in op de eerste van de maand, volgend op die waarin de verzekerde de betreffende leeftijd heeft bereikt.
- 2 De verzekeringnemer is premie en eigen risico verschuldigd voor maximaal drie kinderen jonger dan 21 jaar en voor maximaal drie kinderen van 21 jaar of ouder.
- 3 Verzekeringnemers die woonachtig zijn in een gebied met een postcode die voorkomt op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst, betalen een toeslag op de premie van de maatschappijpolis.
- 4 Bij de aanvang van de verzekering wordt de maandpremie evenredig aan het aantal verzekerde dagen van de lopende maand in rekening gebracht. Bij de aanvang van de verzekering wordt het eigen risico berekend naar rato van het aantal nog volgende maanden van het lopende kalenderjaar, vermeerderd met de lopende maand.
- 5 Bij beëindiging van de verzekering wordt de eventueel vooruitbetaalde premie evenredig aan het aantal verzekerde dagen van de lopende maand terugbetaald. Ingeval van schorsing, wijziging of beëindiging van de verzekering in de loop van het kalenderjaar, vindt geen restitutie of vermindering van het eigen risico plaats.

4.20 Premiebetaling

- 1 De verzekeringnemer is verplicht de premie voor de verzekering en de kosten, alsmede bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, bij vooruitbetaling te voldoen vóór het verstrijken van de premievervaldag ten behoeve van alle op het polisblad vermelde verzekerden.
- 2 De premie wordt per maand in rekening gebracht. Het is mogelijk Anoz Zorgverzekeringen te machtigen tot automatische incasso.

Bij tijdige vooruitbetaling van de premie per kwartaal, per half jaar of per jaar kan Anoz Zorgverzekeringen een korting verlenen op de maatschappij-maandpremie.

- 3 Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Anoz Zorgverzekeringen te vorderen bedragen.

4.21 Schorsing van rechten

- 1 Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Anoz Zorgverzekeringen schriftelijk aanmanen tot betaling, waarbij de 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 vervaldag van de premie.
- 2 De verzekeringnemer 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.

4.22 Royement

Bij schorsing van rechten uit de verzekering(en), zoals omschreven in 4.21, heeft Anoz Zorgverzekeringen het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de overeenkomst. Anoz Zorgverzekeringen doet hiervan mededeling aan de verzekeringnemer, zulks onder vermelding van de datum waarop de verzekering alsdan een einde neemt.

4.23 Incassokosten

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

4.24 Mededelingen

- 1 Mededelingen en toezeggingen van Anoz Zorgverzekeringen zijn alleen bindend indien zij schriftelijk zijn bevestigd.
- 2 Alle mededelingen van Anoz Zorgverzekeringen, gericht aan het door de verzekeringnemer laatst schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen opgegeven adres, hebben tegenover de verzekeringnemer respectievelijk verzekerden en wettelijk erfgenamen bindende kracht en worden geacht hen bereikt te hebben.

4.25 Aansprakelijkheid van derden

- 1 De verzekeringnemer 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 verzekeringnemer geen enkele regeling met een derde zonder schriftelijke akkoordverklaring van Anoz Zorgverzekeringen. De verzekeringnemer onthoudt zich van handelingen waardoor Anoz Zorgverzekeringen in haar belangen kan worden geschaad.

4.26 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 de verzekerde zich heeft gewend voor zorg waarvan de kosten door Anoz Zorgverzekeringen verzekerd zijn.

4.27 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanmelding voor een 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.

4.28 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.

4.29 Geschillen

Op de verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing. Voor klachten naar aanleiding van de verzekering kan de verzekerde zich wenden tot: de directie van Anoz Zorgverzekeringen, Postbus 223, 7300 AE 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 deze worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

5 Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 1.17

Ingevolge 1.17 van de voorwaarden van de Select-Polis worden vergoed - met inachtneming van de in genoemd 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, 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)