

Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2010

De vorige verzekeringsvoorwaarden vervallen

Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen

per 1 januari 2010

Index

0. BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW AANVULLENDE ZORGVERZEKERING	3
1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	7
2. BASIS VAN UW AANVULLENDE ZORGVERZEKERING	21
3. GELDIGHEID VAN VOORWAARDEN	23
4. BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE AANVULLENDE ZORGVERZEKERING	24
5. PREMIE EN KOSTEN	28
6. ALGEMENE UITSLUITINGEN	32
7. INFORMATIE EN REGISTRATIE	35
8. VERANDERING VAN DE VOORWAARDEN	37
9. GESCHILLEN EN KLACHTEN	38
10. WAT ALS SITUATIE NIET IN VOORWAARDEN IS GEREGELD?	38
11. ALGEMENE VOORWAARDEN VAN VERGOEDINGEN	39
12. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG	46
13. PREVENTIE	53
14. GENEESMIDDELEN	55
15. HULPMIDDELENZORG	61
16. PARAMEDISCHE ZORG	71
17. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	75
18. ALTERNATIEVE BEHANDELINGEN	78
19. MONDZORG	79
20. KUURBEHANDELING	82
21. HUIDTHERAPIEËN	83
22. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG	85
23. ADVISERING	91
24. CURSUSSEN / GEZONDHEIDSTRAININGEN / CONTRIBUTIES	93
25. OVERIGE THERAPIEËN	96
26. VERBLIJF EN VERVOER	100
27. BUITENLAND	109
28. AFWIJKENDE BEPALINGEN	112

0. BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

0.1. Welkom

Dit zijn de Verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende zorgverzekering(en) die u bij ons hebt afgesloten. Deze voorwaarden bestaan uit twee delen:

1. Het Vergoedingen Overzicht waarop per aanvullende zorgverzekering staat aangegeven op welke vergoedingen u recht hebt.
2. Het boekje met de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen waarin de regels van de aanvullende zorgverzekering(en) beschreven staan.

0.2. Afsluiten: schriftelijk, via internet of telefonisch

Een zorgverzekering van ons kunt u op drie manieren afsluiten:

a. door middel van een schriftelijke aanvraag

Sluit u een papieren zorgverzekering via een aanvraagformulier af, dan ontvangt u alle documenten op papier. U geeft wijzigingen op papier aan ons door en vraagt op papier om de vergoeding van een rekening.

b. via internet

Een Internetzorgverzekering sluit u af via Internet. U geeft via Internet wijzigingen aan ons door en vraagt via Internet om de vergoeding van een rekening

c. door middel van een telefonische aanvraag

Bij een zorgverzekering die u telefonisch hebt afgesloten ontvangt u alle documenten op papier. U vraagt ook op papier om vergoeding van een rekening. Wijzigingen (behalve het wijzigen van een rekeningnummer) kunt u telefonisch doorgeven.

Deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen zijn bestemd voor beide soorten aanvullende zorgverzekeringen. Als ergens in deze voorwaarden een belangrijk verschil bestaat tussen een aanvullende Internetzorgverzekering en een aanvullende zorgverzekering op papier wordt dit apart vermeld.

0.3. Verzekeringsdocumenten

Bij het afsluiten van uw aanvullende zorgverzekering ontvangt u van ons:

a. de polis.

Hierop staat:

- 1) wie verzekerd is;
- 2) welke aanvullende zorgverzekering(en) u hebt afgesloten;
- 3) de hoogte van de premie;

b. “Vergoedingen Overzicht”.

Op dit Vergoedingen Overzicht geven we per aanvullende zorgverzekering aan op welke vergoedingen u recht hebt;

c. “Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen”.

Hierin staan de regels van de aanvullende zorgverzekering(en);

d. notabegeleidingsformulieren met antwoordenvolp.

U gebruikt deze als u rekeningen bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw notabegeleidingsformulier toe als wij een nota hebben verwerkt. U kunt dit formulier ook telefonisch bij ons opvragen of via onze website.

Bij onze aanvullende Internetzorgverzekeringen dient u rekeningen in via Internet; een notabegeleidingsformulier is niet nodig.

0.4. Hoe weet u wat u vergoed krijgt

Als u wilt weten welke zorg u vergoed krijgt, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. Kijk op uw polisblad voor welke aanvullende zorgverzekering(en) u verzekerd bent;
- b. Kijk in het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering(en) en zoek de zorg die u nodig hebt. U hebt recht op vergoeding als de zorg onder uw aanvullende zorgverzekering(en) beschreven staat. Staat uw behandeling er niet bij, dan hebt u geen recht

- op vergoeding van zorg. Bij twijfel kunt u natuurlijk altijd ons bellen.
- c. U moet natuurlijk wel voldoen aan de voorwaarden die wij stellen. Deze worden beschreven in dit deel "Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen".

0.5. Nieuwe voorwaarden

Elk jaar krijgt u per 1 januari een nieuwe polis.

Als wij de premie of vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering hebben aangepast, kunnen de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het Vergoedingen Overzicht veranderen. U krijgt daarover een brief van ons. U kunt dan uw nieuwe voorwaarden bij ons of via Internet opvragen. Uw oude polis, Vergoedingen Overzicht en Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen zijn na de wijzigingsdatum niet meer geldig. Die kunt u het beste weggooien zodat er geen verwarring komt.

0.6. Hoe lang duurt uw aanvullende zorgverzekering

Als u bij ons een aanvullende zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Na deze periode verlengen wij de aanvullende zorgverzekeringen stilzwijgend van jaar tot jaar.

Wilt u niet dat uw aanvullende zorgverzekering verlengd wordt? Laat ons dit vóór 1 januari weten. Als de minimale verzekeringsduur of de duur van een verlenging is verstreken, eindigt uw aanvullende zorgverzekering.

In deze Verzekeringsvoorwaarden vindt u onder artikel 4. meer informatie over de duur van uw aanvullende zorgverzekering(en).

0.7. Zorgverlener stuurt u de rekening

Bent u behandeld door een zorgverlener (behandelaar of leverancier) met wie wij geen afspraken hebben gemaakt? Dan stuurt deze zorgverlener de rekening in veel gevallen direct naar u. Kijk hiervoor in artikel 0.8. Soms stuurt deze zorgverlener de rekening wel direct naar u. U betaalt deze rekening dan eerst zelf en stuurt vervolgens de originele rekening (geen kopie, herinnering of aanmaning) aan ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier van ons gekregen. Op dit notabegeleidingsformulier kunt u per rekening aangeven aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de kosten van de zorg aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de zorgverlener.

Nadat wij uw rekening hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw aanvullende zorgverzekering(en) recht hebt. Het kan zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt als bijvoorbeeld voor de behandeling een eigen bijdrage geldt. Stuurt u ons een rekening, dan vergoeden wij daarvan dat deel waar u volgens het Vergoedingen Overzicht recht op hebt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U betaalt zelf het gehele bedrag aan de zorgverlener.

Wij sturen u een bericht op welke vergoeding u recht hebt en op welke bank- of girorekening wij die vergoeding overmaken. Ook sturen wij u een nieuw notabegeleidingsformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening indient.

Hebt u een Internetzorgverzekering dan dient u rekeningen in via Internet. Het notabegeleidingsformulier vult u online in en stuurt u digitaal naar ons. De originele rekeningen moet u scannen en insturen naar het aangegeven e-mailadres. De originele rekening moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

0.8. Zorgverlener stuurt ons de rekening

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun rekeningen niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan hen.

Stuurt uw zorgverlener ons een rekening, dan betalen wij deze volledig volgens het geldende tarief aan de zorgverlener. Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw aanvullende zorgverzekering(en) recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald. U ontvangt van ons vervolgens een rekening met het verzoek het teveel betaalde bedrag aan ons over te maken.

De eigen bijdrage betaalt u op dezelfde manier als de manier waarop u uw premie betaalt. Dit kan met een acceptgiro zijn of via een automatische incasso (bij een aanvullende Internetzorgverzekering is dit altijd automatische incasso).

0.9. Een erkende zorgverlener

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (bijvoorbeeld arts of medisch-specialist). Soms is een zorgverlener of zorginstelling erkend; door de overheid of door ons. U vindt dit regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Wij kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt zorgverleners ook opzoeken op onze website.

Verzekerden met een aanvullende Internetzorgverzekering hebben hun eigen informatieteam waar zij hun vragen kunnen stellen.

0.10. Tarieven en vergoeding

In het Vergoedingen Overzicht staat hoeveel vergoeding u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat u in dat geval 100% vergoed krijgt van de rekening. Er kan namelijk verschil zijn tussen het bedrag van de rekening en het vergoedingstarief. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling.

Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

1) Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die behandeling?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

Nee? Zie 2.

2) Wettelijk tarief

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken. En geldt er een wettelijk tarief?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens dit wettelijk tarief. Dit tarief is vastgesteld op basis van de Wet marktoordening gezondheidszorg.

Nee? Zie 3.

3) Marktconform tarief

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken. Er geldt ook niet een tarief dat is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg. Hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens het marktconforme tarief. Dit is volgens ons het tarief dat voor die bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners. Dit is dus het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken.

Nee? Zie 4.

4) Gedecclareerde tarief

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waar voor de soort zorg die u gaat krijgen helemaal geen afspraken zijn gemaakt over de tarieven. Wij vergoeden het gedecclareerde tarief.

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u vooraf zorgadvies en een akkoordverklaring van ons hebt gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling of dienst. Om deze zorgadvisering en akkoordverklaring aan te vragen, stuurt u ons:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch-specialist of tandarts; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Pas nadat u van ons zorgadvies en een akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw aanvullende zorgverzekering worden gegeven.

0.12. Zorg in buitenland

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u in de landen binnen de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening wordt betaald door de zorgverzekeraar in het land van herkomst. Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners.

De pas is bedoeld voor zorg aan verzekerden die op vakantie gaan, tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie) én voor bewoners voor de grensstreek. Het moet daarbij gaan om zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden totdat de verzekerde is teruggekeerd in het woonland. U kunt de gratis pas zelf aanvragen op www.ehic.nl.

0.13. Rechten en plichten

Uw rechten en plichten en onze rechten en plichten staan op de polis, in de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en op het Vergoedingen Overzicht.

Artikel 0 (deze inleiding op de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen) is bedoeld ter verduidelijking, maar bevat géén rechten of plichten. Dat geldt ook voor de toelichtingen en voorbeelden die wij bij verschillende artikelen gebruiken om de voorwaarden te verduidelijken.

In de artikelen 1. tot en met 28. staan de rechten en plichten van deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen vermeld.

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van de begrippen die in de voorwaarden voorkomen.

Aanvullende zorgverzekering

Een overeenkomst van verzekering met als onderwerp een vergoeding die is afgestemd en een aanvulling vormt op een zorgverzekering. U kunt één aanvullende zorgverzekering of een combinatie van meerdere aanvullende zorgverzekeringen bij ons afsluiten. Als wij hierna spreken over “aanvullende zorgverzekering”, kan dit ook een combinatie van aanvullende zorgverzekeringen zijn. Een verzekering is een aanvullende zorgverzekering als dat uit de naam van deze verzekering blijkt doordat in die naam het woord “aanvullend” of “aanvullende” is opgenomen.

ADL-hulpmiddelen

Hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Dit zijn bijvoorbeeld aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een helping hand.

Akkoordverklaring

De schriftelijke verklaring die wij u in reactie op uw aanvraag voor zorgadvies geven. Uit deze verklaring blijkt:

- a. dat wij deze zorg beschouwen als zorg die onder de dekking van uw zorgverzekering valt;
- b. dat u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen; en
- c. dat u op die zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

Deze verklaring wordt afgegeven door onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Ambulance

Een auto die ingericht en bestemd is voor het liggend vervoer van zieken en gewonden. In de auto is voldoende opgeleid en bekwaam personeel aanwezig.

Apotheek

De plaats waar geneesmiddelen bereid en/of geleverd worden. Degene die de apotheek beheert (de apotheker) staat geregistreerd zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Apotheker

Degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers bedoeld in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Arts

Degene die als arts geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt en die geregistreerd is als huisarts of medisch-specialist.

Arts verstandelijk gehandicapten

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

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

De AWBZ is een volksverzekering; deze verzekert Nederlanders tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij vooral om erg dure zorg, zoals thuiszorg, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten.

Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundigen Registratie

Commissie (SGRC).

Behandeling

Het (fysieke) contact met een of meer zorgverleners waarbij aan u zorg wordt verleend of geadviseerd. Onder behandeling verstaan we niet cursussen. Per dag vergoeden wij maximaal één behandeling van dezelfde soort, tenzij uitdrukkelijk in deze Verzekeringsvoorwaarden of op uw Vergoedingen Overzicht anders staat aangegeven.

Voorbeeld "Vergoeding één behandeling van dezelfde soort per dag":

Als u op één dag bijvoorbeeld een consult van een alternatief arts hebt en een behandeling fysiotherapie door een fysiotherapeut dan vergoeden wij beide behandelingen.

We vergoeden niet twee behandelingen fysiotherapie die u op één dag hebt. Ook al krijgt u die bij twee verschillende fysiotherapeuten of zijn deze behandelingen voor verschillende aandoeningen.

Bekkentherapeut

Fysiotherapeut die staat geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Bevalling

Het einde van de zwangerschap na de achttiende week.

Toelichting

Eindigt uw zwangerschap vòòr de negentiende week, dan kan er sprake zijn van een miskraam. In dat geval hebt u geen recht op kraamzorg of op een kraamzorguitkering.

Buitenland

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

Bureau Jeugdzorg

Een bureau zoals dat is beschreven in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg. Dit is een onafhankelijk bureau in uw provincie dat toegang geeft tot alle voorzieningen voor jeugdzorg. Dit bureau beoordeelt als onafhankelijke instelling uw verzoek om hulp en verwijst u door.

Bijkomende kosten

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

Met "bijkomende kosten" bedoelen wij bijvoorbeeld de kosten voor het gebruik van de operatiekamer, het verband en de geneesmiddelen in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

CAK

Centraal Administratie Kantoor.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid.

Centrum voor mondzorg

Praktijk voor tandheelkundige zorg. Bij de praktijk werken één of meerdere tandartsen, mondhygiënisten of andere bevoegde zorgverleners.

Collectieve overeenkomst

De overeenkomst die wij hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt of waardoor uw

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

belangen worden behartigd. Doel van de overeenkomst is u en uw collega's of de mensen van wie ook de belangen worden behartigd de mogelijkheid te bieden om bij ons een collectieve zorgverzekering te sluiten.

Collectieve zorgverzekering

De verzekering die u bij ons kunt afsluiten als wij een collectieve overeenkomst hebben gesloten met uw werkgever of belangenvereniging. Dankzij deze overeenkomst hebt u bepaalde voordelen die u niet zou hebben als u individueel verzekerd zou zijn.

Cursus

Een theoretisch leerproces dat in een bepaalde vorm is vastgesteld en binnen een bepaalde tijd plaatsvindt. In de cursus krijgt u via persoonlijk contact informatie aangereikt. Doel van die informatie is het vergroten van uw kennis om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden of te verbeteren.

Dagbehandeling

Een behandeling die korter duurt dan 24 uur.

Diabetes Pas

Dit is een hulpmiddel dat u via internet op onze website wordt aangeboden. Het helpt u als diabetespatiënt bij het bewaken van uw aandoening en dus van uw eigen gezondheid.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend. Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag (zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling of na 365 dagen, als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen. Het tarief is een gemiddelde prijs.

Diëtist

Degene die de titel diëtist mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De diëtist is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Eerstelijns instelling voor eerstelijns psychologische zorg

Een instelling die gericht is op de eerstelijns psychologische gezondheidszorg. De instelling heeft rechtspersoonlijkheid. Binnen de instelling leveren één of meer gezondheidszorgpsychologen (eventueel in loondienst) eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ-zorg).

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die zich in de praktijk bezighoudt met het werken in de eerstelijnszorg van de geestelijke gezondheidszorg.

Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

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

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die u gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico.

Als u recht hebt op vergoeding van een eigen bijdrage bedoelen wij de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden dan niet:

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- a. de kosten die u zelf moet betalen als u een lagere vergoeding krijgt omdat u een zorgverzekering op basis van natura hebt en u naar een zorgverlener gaat die geen overeenkomst met ons heeft;
- b. verplicht eigen risico uit de zorgverzekering;
- c. vrijwillig gekozen eigen risico uit de zorgverzekering.

Eigen risico

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die u zelf moet betalen tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Hebt u het eigen risico al helemaal betaald? Dan hebt u recht op (vergoeding van) zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden. Er is altijd sprake van een verplicht eigen risico. Er kan daarnaast sprake zijn van een vrijwillig gekozen eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Degene die de titel ergotherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De ergotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Europa

De gezamenlijkheid van landen met staatkundige soevereiniteit die horen tot het werelddeel Europa, inclusief de Russische Federatie (tot aan de Oeral) of gelegen zijn in of aan de Middellandse Zee.

EU- en EER-staat

De EU-staten zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Extreme haargroei

Er is sprake van extreme haargroei als de haargroei naar de begrippen van de Nederlandse maatschappij opmerkelijk is. Dit is het geval bij vrouwen en dan alleen nog maar in het gezicht, de hals en de nek.

Fysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt. Onder fysiotherapeut verstaan wij ook een heilgymnast-masseur zoals bedoeld in artikel 108 van de Wet B.I.G.

Geneesmiddelen

De middelen die de overheid volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd heeft als geneesmiddel, bloedproduct of dieetpreparaat en die wij hebben aangewezen en opgenomen in onze voorwaarden en lijsten met geneesmiddelen.

Gezin of gezinsleden

Onder gezin of gezinsleden verstaan wij de personen die wij als elkaars enige levenspartner zien, een gemeenschappelijke huishouding voeren en op hetzelfde adres wonen. Onder die personen verstaan wij ook:

- kinderen tot 18 jaar;
- kinderen voor wie een wettelijk recht op studiefinanciering bestaat;
- studerende kinderen tot en met 27 jaar, ook als zij niet op hetzelfde adres wonen als u (verzekeringnemer) en dus niet met u een gemeenschappelijke huishouding voeren;
- adoptiekinderen;
- pleegkinderen;

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- degenen die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, als gezinslid worden aangewezen.

Wij moeten gezinsleden als verzekerden hebben geaccepteerd en op het polisblad hebben vermeld.

Gezondheidszorgpsycholoog

Degene die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt.

GGZ-instellingen

Een organisatie met rechtspersoonlijkheid die geneeskundige GGZ levert, waarbij het behandelen van psychische stoornissen het doel is. Deze instelling moet toegelaten te zijn in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

GVS (Geneesmiddelenvergoedingssysteem)

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem deelt geneesmiddelen in groepen in die onderling vervangbaar zijn. Per groep geldt een maximale vergoeding. Als de prijs van uw geneesmiddel hoger is, betaalt u zelf het verschil. Uitgangspunt is dat u deze eigen bijdrage kunt vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een lagere prijs.

Herstel & Balans

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

Hoofdverzekering

De verzekering die u kunt afsluiten zonder dat dit in combinatie met één (of meerdere) aanvullende zorgverzekering(en) hoeft te gebeuren. Een Zorgverzekering is een hoofdverzekering.

Huidtherapeut

Degene die de titel huidtherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut". De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

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

Huisartsendienstenstructuur

Een organisatorisch verband van huisartsen. Het verband heeft een rechtspersoonlijkheid zoals bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg. Het verband is opgericht om tijdens de avond, de nacht, het weekeinde en op feestdagen acute huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Huisartsenpost

De locatie waar de huisartsen, die zijn aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur, in de avond, nacht, het weekeinde en op feestdagen acute huisartsenzorg verlenen.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen uit de lijst hulpmiddelen die in de Regeling zorgverzekering is vastgesteld en waarover in ons Reglement Hulpmiddelen onder andere eisen voor akkoordverklaring, gebruiktermijnen en voorschriften over hoeveelheden staan.

Hulpmiddelen voetbehandeling

Dit zijn bijvoorbeeld zooltjes, tape, drukverband, nagelprothesen en nagelbeugels.

Injectie

Hieronder verstaan wij de entstof, het injectiemateriaal, het vaccineren en het toedienen van de injectie zelf of het daarvoor in rekening gebrachte consult. Voor het consult vergoeden wij maximaal het zogenaamde "passantentarif" dat een huisarts in rekening mag brengen.

Instelling voor medisch-specialistische zorg

Een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.).

- Als wij alleen een ziekenhuis bedoelen, schrijven wij dit zo: ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg). Wij bedoelen dan een algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis (dit is een ziekenhuis dat zorg van slechts één of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) of een universitair ziekenhuis.
- Als wij alleen een Z.B.C. bedoelen, schrijven wij dit zo: Z.B.C. (instelling voor medisch-specialistische zorg).
- In de gevallen dat we ze allebei bedoelen, staat er alleen 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.

Intramurale geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die door (of onder verantwoordelijkheid) van een medisch-specialist zijn voorgeschreven tijdens een opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg. De apotheek van die instelling voor medisch-specialistische zorg verstrekt deze geneesmiddelen.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, dan wordt niet "kalenderjaar" maar levensjaar bedoeld.

Jeugdgezondheidszorgarts (JGZ-arts)

Een arts die in de jeugdgezondheidszorg werkt en is ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid of als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) zijn ingesteld.

Kaakchirurg

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

Kind

Zie hiervoor de omschrijving van het begrip "gezin".

Kinderfysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die ook is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet B.I.G.

Kraamcentrum

Een instelling die wettelijk als kraamcentrum is toegestaan en die wij als zodanig erkend hebben.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Kraamhotel

Instelling waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen voor haar verloskundige zorg en kraamzorg terecht kan.

Kraamzorg

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

Kraamzorg bij adoptie

Instructie aan de ouder in geval van adoptie van een kind jonger dan zes maanden.

Kuurbehandeling

Dit is een meerdaagse (para)medische behandeling. Dat wil zeggen een behandeling die één of meer weken achtereen duurt. Het vindt plaats in een gespecialiseerd kuuroord onder eindverantwoordelijkheid van een kuurarts. Gekwalificeerd personeel voert de paramedische behandelingen uit.

De behandeling bestaat uit een individueel, schriftelijk vastgelegd programma, dat op u is aangepast en aan u ter beschikking wordt gesteld. Na afloop stellen behandelaars en begeleiders een evaluatie op voor de reumatoloog die de kuur heeft voorgeschreven.

Kuuroord

Een kuuroord is een locatie waar zich, meestal op basis van een natuurlijke heetwaterbron één of meer behandelinstututen hebben gevestigd die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen. U wordt er behandeld door behandelaars van verschillende deskundigheid.

De kuur bestaat minimaal uit de volgende basisonderdelen: baden in thermaal water, actieve oefentherapie en ontspanning.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek dat gedaan wordt door een laboratorium in verband met een eventuele medische behandeling van een verzekerde. Het laboratorium moet een tariefbeschikking hebben ontvangen, waardoor het onderzoek tot een bepaalde maximumprijs gedeclareerd mag worden.

Maand

Kalendermaand.

Manueel (fysio)therapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat zoals artikel 3 van de Wet B.I.G. bepaalt en die ook als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Eventuele vergoeding komt vanuit de rubriek Paramedische zorg.

Manueel therapeut of genezer

Een arts voor alternatieve geneeswijzen of therapeut die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen. Eventuele vergoeding komt vanuit de rubriek Alternatieve geneeswijzen.

Mantelzorg

De zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. De mantelzorger is geen beroepsmatige zorgverlener. De mantelzorger geeft de langdurige onbetaalde zorg, omdat hij een persoonlijke band heeft met de zorgvrager.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Marktconform tarief

Tarief dat in de Nederlandse markt gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners passend en/of niet onredelijk hoog is. Het gaat om een bedrag gelijk aan het tarief dat wij hebben afgesproken met zorgverleners met wie wij overeenkomsten hebben gesloten. Dit is het tarief dat wij voor die zorg met zorgverleners hebben afgesproken.

Maximum vergoeding, éénmalig

Bepaalde zorg vergoeden wij éénmaal tijdens de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent.

Medeverzekerde (of fictief medeverzekerde) van een verdragsverzekerde:

De echtgenoot, echtgenote, partner of kind tot 18 jaar van de verdragsverzekerde. Deze echtgenoot, echtgenote, partner of dit kind heeft geen eigen inkomen uit Nederland.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling die door de medische wetenschap internationaal bekend, voldoende getest en betrouwbaar is en daardoor is erkend.

Medisch-specialist

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

Medisch-specialistische zorg

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

Mondhygiënist

Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid volgens de eisen die het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en het “Besluit functionele zelfstandigheid” stelt.

Deze vrijgevestigde mondhygiënist oefent voor eigen rekening en verantwoordelijkheid de praktijk uit.

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht. Deze autoriteit:

- a. bewaakt de belangen van de consument op de verschillende zorgmarkten;
- b. houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ;
- c. houdt toezicht op de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg en stelt voor een deel van de zorg de tarieven en budgetten vast.

Nurse practitioner

Een verpleegkundige met een universitair denk- en werkniveau die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten. Deze verpleegkundige heeft de HBO Masters opleiding “advanced nursing practice” met succes afgerond.

Oedeemtherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck

Degene die de titel oefentherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De oefentherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ombudsman Zorgverzekeringen

De organisatie die klachten van verzekerden behandelt. Het instituut bemiddelt hierbij tussen u en

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

ons, tenzij in de wet of een (andere) overeenkomst is geregeld dat er een andere klachtenregeling geldt. De Ombudsman Zorgverzekeringen is ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Het adres staat in de kافت van deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen onder het deel "Adressen".

Ongeval

Onder een ongeval verstaan wij:

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

Onder een ongeval verstaan wij niet:

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

Opname

Het (formele) begin van behandeling en het daarop volgende verblijf langer dan 24 uur in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in een instelling voor revalidatie. Dagbehandeling is geen opname.

Orthodontist

Een tandartspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Ouders

De gezinsleden, die het ouderlijke gezag bevoegd uitoefenen over de kinderen in hun gezin.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg en die (aspirant)lid is van of aangesloten is bij:

- NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie);
- CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland);
- Platform VG (Platform Verstandelijk Gehandicapten);
- Platform GGz (Platform Geestelijke Gezondheidszorg).

Pedicure

- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij diabetici (DV) mag verzekerden met diabetes mellitus behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij reumapatiënten (RV) mag verzekerden met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als medisch pedicure. De medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.

Physician assistant

Een zorgprofessional die de HBO-Masters opleiding "physician assistant" met succes heeft afgerond. Deze zorgprofessional ondersteunt de arts in zijn werk, onder andere bij het uitvoeren van de meer routinematig geneeskundige handelingen. De zorgprofessional en de arts hebben een samenwerking waarbij zij elkaar aanvullen. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts.

Podoloog

Degene die lid is van een vereniging van podologen die wij hebben erkend en die een praktijk heeft als podoloog. De podoloog is geslaagd voor een opleiding voor het niet paramedische beroep podoloog. Hij is dus geen medicus en ook geen paramedicus.

Podotherapeut

Degene die op grond van zijn HBO-opleiding Podotherapie de titel van podotherapeut mag voeren zoals artikel 34 van de Wet B.I.G. bepaalt. De podotherapeut is lid van de Nederlandse vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.).

Polis

Het bewijs van verzekering dat u van ons ontvangt. Hierop staat onder andere de datum waarop uw aanvullende zorgverzekering ingaat en de soort aanvullende zorgverzekering die u hebt afgesloten.

Prothese

Hulpmiddel dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch-specialisten Registratie Commissie (MSRC). Daar waar in dit register "psychiater" staat, kan ook "zenuwarts" gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G.

Rationele farmacotherapie

Dit is een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is.

Reglement Hulpmiddelen

Wij hebben een Reglement Hulpmiddelen opgesteld. Hierin hebben we de voorwaarden opgenomen voor de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke eisen die wij stellen per hulpmiddelengroep. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsovereenkomst. U kunt het raadplegen via onze website of bij ons opvragen.

Repatriëring

Ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch-specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch-specialistische zorg in uw woonland.

De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- a. de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland / Nederland wel;
- b. behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
- c. behandeling in het buitenland ter plaatse duidelijk veel duurder is dan behandeling in het woonland / Nederland.

Gezinshereniging of taalproblemen zijn sociale redenen. Deze sociale redenen zijn geen medische noodzaak voor repatriëring.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Toelichting

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Repatriëring valt in veel gevallen niet onder de voorwaarden van uw (aanvullende) zorgverzekering.

Voorbeelden

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het repatriëren van een overledene (waarbij het om duizenden euro's gaat) valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende zorgverzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een team van verschillende soorten deskundigen verleent de zorg, onder leiding van een medisch-specialist (revalidatiearts). Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist

Degene die een diploma van de basisopleiding en een vervolgopleiding voor schoonheidsspecialisten heeft en als schoonheidsspecialist praktijk houdt. Het diploma moet internationaal door en binnen de EU erkend zijn. De vervolgopleiding moet een specialisatie zijn in de behandelingen waarvan u de kosten bij ons hebt verzekerd. De schoonheidsspecialist is met die specialisatie geregistreerd bij de organisatie ANBOS.

Toelichting

Een schoonheidsspecialist kan alleen maar een acnebehandeling declareren, als zij naast haar basisopleiding ook een diploma voor die specialisatie heeft. Bij de beroepsvereniging ANBOS is de schoonheidsspecialiste geregistreerd voor deze specialisatie. Een diploma voor bijvoorbeeld elektrische epilatie is niet voldoende om bij ons een acnebehandeling te kunnen declareren.

Schriftelijk

Per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht. Hebt u een aanvullende zorgverzekering via Internet afgesloten, dan vindt schriftelijk contact met ons alleen plaats door middel van e-mailberichten.

Specialist ouderengeneeskunde

Degene die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het register van erkende specialist ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit is de nieuwe benaming voor "verpleeghuisarts".

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. Het gaat om pathologische psychische problemen waarvoor gespecialiseerde zorg nodig is (zoals depressieve, angst- en aanpassingsstoornissen). Deze zorg bestaat soms uit behandeling door een zorgverlener van één vakgebied, maar vaak uit behandeling door zorgverleners met verschillende vakgebieden. De behandeling kan gepaard gaan met voorschrijven van medicijnen, crisisopvang en opname in een GGZ-instelling. Bij de behandeling is een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken.

Spoedeisend

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

Sportarts

De arts die is opgeleid in de sociale geneeskunde en geregistreerd is in het register van sociaal-

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

geneeskundigen volgens de Wet B.I.G.

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Tandheelkundige noodzaak

De noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundigwetenschappelijke overwegingen.

Tandprotheticus

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

Thuiszorg

Verpleging of verpleging in combinatie met verzorging voor één of meer dagdelen bij u thuis. Deze verpleging of verzorging is bedoeld om een opname, specialistische behandeling of verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) te verkorten of vervangen.

Thuiszorgorganisatie

Instelling waarmee afspraken zijn gemaakt over het leveren van thuiszorg zoals bedoeld in de AWBZ of van zorg die daarmee vergelijkbaar is. Deze instelling mag geen subsidies of overheidsfinanciering ontvangen.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

In het buitenland zijn, zonder dat u daar woont. Zie hiervoor ook het begrip "wonen".

U/uw

Zie verzekerde/verzekeringnemer.

Verandering van aanvullende zorgverzekering

Het einde van een te vervangen, al lopende aanvullende zorgverzekering en het begin van een vervangende, nog niet lopende aanvullende zorgverzekering. De vervangende aanvullende zorgverzekering begint op de dag dat de lopende aanvullende zorgverzekering eindigt. De verandering kan ook gelden voor een combinatie van meerdere aanvullende zorgverzekeringen.

Verblijf

Opname en verblijf die 24 uur of langer duren.

Verdragsland

Een verdragsland is:

- a. de volgende staten waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen: Australië, Bosnië-Herzegovina, Joegoslavië, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije;
- b. andere lidstaten van de Europese Unie dan Nederland;
- c. een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte;
- d. Zwitserland.

Verdragsverzekerde

De Nederlands ingezetene, die aanspraak heeft op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU of EER, van Zwitserland, of van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan u om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of zorginstelling. Voor acute zorg (spoed) is nooit een verwijzing nodig.

Verzekerde

Iedereen die als zodanig op de polis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met “u” en “uw”. Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van “u (verzekerde)” en “uw (verzekerde)”.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst aanvullende zorgverzekering met ons is aangegaan. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met “u” en “uw”. Als wij alleen de verzekeringnemer aanspreken, en niet de verzekerde, spreken wij van “u (verzekeringnemer)” en “uw (verzekeringnemer)”.

Verzorgingsartikelen

Dit zijn plasgootjes, latex handschoenen, vacuümdrainpotten, ketonenstrips (voor verzekerden tot 18 jaar) en een Habermanspeen (éénmalig).

Voorschrift

De vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke zorg, onderzoek, behandeling of therapie de verzekerde om medisch professionele redenen nodig heeft.

Werknemer

Degene die bij het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten of bij de rechtspersoon die daarmee in concernverband is verbonden en:

- a. in dienstverband voor bepaalde of onbepaalde tijd werkzaam is; of
- b. het dienstverband heeft beëindigd onder toekenning van een direct aansluitend ingaand ouderdomspensioen; of
- c. aanspraak maakt op toetreding tot de VUT-regeling; of
- d. die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, met een werknemer is gelijkgesteld.

Wet B.I.G.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet regelt aan welke eisen verschillende groepen van zorgverleners moeten voldoen om hun beroep uit te mogen oefenen.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw leven en uw sociale activiteiten helemaal of bijna helemaal op één bepaalde plaats of in één bepaald land hebt. Verblijft u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont. Zie hiervoor ook het begrip “tijdelijk verblijf in het buitenland”.

Toelichting

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

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland. Onder woonland verstaan wij ook het land waar u voor uw werk bent gedetacheerd en u en uw gezinsleden verblijven, ook als dit korter is dan een jaar.

Z-index

Z-Index verzamelt, controleert, beheert en verspreidt gegevens van alle producten die bij de openbare apotheek verkrijgbaar zijn in de zogenaamde G-standaard, ook wel taxo genoemd. De G-standaard wordt gebruikt door o.a. alle artsen, apothekers, zorgverzekeraars en de overheid. Wij gebruiken deze G-standaard bijvoorbeeld om te zien of een geneesmiddel geregistreerd is en wat het tarief is voor dat geneesmiddel.

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder "instelling voor medisch-specialistische zorg".

Ziekenhuis

Zie onder "instelling voor medisch-specialistische zorg".

Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

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

Wij verstaan onder ziekenvervoer niet het vervoer per helikopter, behoudens onze toestemming in individuele situaties.

Zittend ziekenvervoer

Onder zittend ziekenvervoer verstaan we wat in de Zorgverzekeringswet met zittend ziekenvervoer wordt bedoeld. De omschrijving vindt u in de verzekeringsvoorwaarden van uw hoofdverzekering, artikel 39.2.

Zitting

Een direct contact tussen zorgverlener en verzekerde met als doel een behandeling of consult volgens een goedgekeurde prestatiebeschrijving.

Zorgaanvraag

Aanvraag voor zorgadvies.

Zorgadvies / zorgadvisering

Ons advies in reactie op uw zorgaanvraag om gebruik te maken van bepaalde zorg en/of zorgverleners. U kunt deze zorgaanvraag doen bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

ZorgTV

ZorgTV biedt de mogelijkheid om zorg op afstand te verlenen. Via de televisie met een vaste verbinding kan met een druk op de knop van een afstandsbediening contact worden opgenomen met een zorgverlener op afstand. Zorgvrager en zorgverlener kunnen elkaar met behulp van een camera verbonden met de televisie zien en kunnen met elkaar spreken. De zorgverlener kan zo de situatie beoordelen en de cliënt of zijn of haar mantelzorger voorzien van informatie, instructie of advies.

Zorgverlener

De persoon of instelling die bevoegd is geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

verpleegkundige hulp of zorg te verlenen of bevoegd is genees- en hulpmiddelen te leveren.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten. Deze verzekeringsonderneming biedt aanvullende zorgverzekeringen en hoofdverzekeringen die niet een zorgverzekering zijn in de zin van de Zorgverzekeringswet. De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad vermeld staat. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met "wij" en "ons". Deze verzekeringsonderneming kan ook een zorgverzekeraar zijn volgens de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland te Zeist.

Toelichting

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

Zorgverzekering

Een verzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeringswet

De wet die u verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg. Dat is het geval, als u voor de AWBZ verzekerd bent. Het gaat dan voornamelijk om mensen die rechtmatig in Nederland wonen of die in het buitenland wonen maar in Nederland loonbelasting betalen.

2. BASIS VAN UW AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

2.1. Door wie af te sluiten?

De aanvullende zorgverzekering kan worden gesloten door:

- a. de verzekeringsplichtige die een Zorgverzekering heeft afgesloten;
- b. degene die niet verzekeringsplichtig volgens de Zorgverzekeringswet is en die een andere hoofdverzekering heeft afgesloten dan een Zorgverzekering.

In bepaalde gevallen kunt u een aanvullende zorgverzekering ook sluiten, als u geen hoofdverzekering hebt gesloten of u een Zorgverzekering of andere hoofdverzekering elders hebt gesloten. Neemt u daarvoor contact met ons op.

2.2. De basis

U hebt bij ons een aanvullende zorgverzekering afgesloten. Deze aanvullende zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de informatie en verklaringen die wij hebben gekregen toen u de aanvullende zorgverzekering afsloot. Deze gegevens hebt u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) gegeven;
- b. de gegevens die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) hebt ingevuld op het aanvraagformulier;
- c. de gezondheidsverklaring die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) hebt ingevuld;
- d. eventuele ingevulde keuringsrapporten;
- e. de polis en polisaanhangsels;
- f. de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en de reglementen waarnaar wij in de Verzekeringsvoorwaarden verwijzen;
- g. het Vergoedingen Overzicht;
- h. de Verzekeringsvoorwaarden van uw hoofdverzekering als u die bij ons hebt gesloten;
- i. ons AWBZ-reglement;
- j. eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten;
- k. eventuele clausulebladen.

Wij gaan er vanuit, dat de informatie die derden (zoals een zorgverlener) aan ons geven, bij u bekend is. Wij beschouwen die informatie als van u afkomstig. Deze basis van de aanvullende zorgverzekering bepaalt uw rechten en plichten.

2.3. Elkaar uitsluitende aanvullende zorgverzekeringen

U (verzekeringnemer) kunt verschillende soorten aanvullende zorgverzekeringen afsluiten, voor uzelf en voor anderen. Sommige aanvullende zorgverzekeringen mag u niet tegelijkertijd hebben. Anders gezegd: sommige aanvullende zorgverzekeringen sluiten elkaar uit. Wij bepalen welke aanvullende zorgverzekeringen dat zijn. Hebt u al een aanvullende zorgverzekering en wilt u daarnaast een tweede aanvullende zorgverzekering? Dan beëindigen wij uw eerste aanvullende zorgverzekering als het gaat om aanvullende zorgverzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben. Dat doen wij op het moment dat uw nieuwe aanvullende zorgverzekering ingaat.

Voorbeeld

Groepen aanvullende zorgverzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben, zijn bijvoorbeeld

- 1. de aanvullende zorgverzekeringen A, B en C.*
- 2. de aanvullende zorgverzekeringen D en E.*

U mag uit de aanvullende zorgverzekeringen onder 1 maar één verzekering kiezen. Ook uit de aanvullende zorgverzekeringen onder 2 mag u maar één verzekering kiezen.

Hebt u een aanvullende zorgverzekering A en sluit u daarnaast een aanvullende zorgverzekering B af, dan beëindigen wij uw aanvullende zorgverzekering A op het moment dat uw aanvullende zorgverzekering B ingaat.

Wel mag u één aanvullende zorgverzekering kiezen onder 1 én één kiezen onder 2. Bijvoorbeeld de aanvullende zorgverzekeringen A en D mag u wel tegelijkertijd hebben voor één verzekerde.

2.4. Aanvullende zorgverzekeringen per gezin

2.4.1. Eigen aanvullende zorgverzekering

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw polis kiezen uit de verschillende aanvullende zorgverzekeringen die wij aanbieden. Deze kunnen dus per verzekerde verschillen. Met andere woorden: voor de ene verzekerde kunt u een andere aanvullende zorgverzekering afsluiten dan voor een andere verzekerde.

2.4.2. Kinderen tot 18 jaar

Voor kinderen tot 18 jaar kunt u alleen kiezen uit die aanvullende zorgverzekeringen waarvoor ook één van de ouders verzekerd is. Voor kinderen tot 18 jaar mag u dus niet kiezen uit de aanvullende zorgverzekeringen waar géén van de ouders in het gezin voor verzekerd is.

Kinderen tot 18 jaar zijn in dat geval ook gratis verzekerd voor de aanvullende zorgverzekeringen, waarvoor tenminste ook één van de ouders verzekerd is.

2.5. Contractspartij

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

Alle verzekerden hebben recht op vergoeding van de verzekerde zorg. Maar alleen de verzekeringnemer, dus degene die de aanvullende zorgverzekering heeft afgesloten, mag deze opzeggen of wijzigen. Deze verzekeringnemer is onze contractspartij, de persoon die het contract met ons heeft gesloten.

2.6. Nederlands recht

Voor uw aanvullende zorgverzekering geldt het Nederlandse recht.

2.7. Verzwijging

2.7.1. Vragen

Voordat wij u voor de aanvullende zorgverzekering accepteren, stellen wij een aantal vragen aan u of aan derden (zoals uw zorgverlener). U moet deze vragen volledig en naar waarheid beantwoorden.

2.7.2. Beëindiging door ons

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen binnen twee maanden na ontdekking de aanvullende zorgverzekering meteen beëindigen.

2.7.3. Opzegging door verzekeringnemer

Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen, hebt u binnen twee maanden na ook het recht de aanvullende zorgverzekering met directe ingang te beëindigen.

3. GELDIGHEID VAN VOORWAARDEN

3.1. Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen

Deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen gelden als niets anders staat in:

- a. een bijkomende of collectieve overeenkomst;
- b. het Vergoedingen Overzicht.

3.2. Geldigheid

Op uw polis staat vermeld welke voorwaarden van toepassing zijn. Zijn wij het niet met u eens over welke versie van de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling geldig is of wat de tekst daarvan is? Dan gelden alleen de tekst en inhoud van de versies die wij hebben.

3.3. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij onze voorwaarden ook uitgeven in één of meer andere talen. Als er verschillen in inhoud of uitleg zijn, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij hebben.

3.4. Verandering

Als de voorwaarden, premie en/of vergoeding veranderen, laten wij dit aan u weten:

- a. Wij sturen u een nieuwe polis of sturen u een bericht als u een Internetzorgverzekering hebt, dat uw nieuwe polis op Internet staat. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum deze nieuwe polis geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polis niet meer.
- b. Wij sturen u, als u ons daar om vraagt, ook nieuwe Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Als u een Internetzorgverzekering hebt, kunt u deze ook via Internet bekijken. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe polis ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- c. Wij sturen u, als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Als u een Internetzorgverzekering hebt, kunt u deze ook via Internet bekijken. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe polis ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert voor een aanvullende zorgverzekering, sturen wij u de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen toe. U kunt deze ook op Internet bekijken als u een aanvullende Internetzorgverzekering bij ons hebt afgesloten.

4. BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

4.1. Begin en duur

4.1.1. Begin en duur

- a. De ingangsdatum van uw aanvullende zorgverzekering staat op uw polis.
- b. Sluit u een hoofdverzekering en aanvullende zorgverzekering gelijktijdig af dan gaan deze op hetzelfde moment in.
- c. Als de aanvullende zorgverzekering op 1 januari ingaat, is die aanvullende zorgverzekering één heel jaar van kracht. Als de aanvullende zorgverzekering na 1 januari ingaat, is die aanvullende zorgverzekering het resterend deel van het lopende jaar plus het hele daarop volgende jaar van kracht.
- d. Na de minimale duur verlengen wij de aanvullende zorgverzekering telkens automatisch van jaar tot jaar tenzij u of wij de aanvullende zorgverzekering beëindigen.

Voorbeeld "verzekeringsduur":

U meldt zich bijvoorbeeld aan voor een aanvullende zorgverzekering met een verzekeringsduur van één jaar. Uw aanvullende zorgverzekering gaat in op 1 september 2008. Het jaar loopt in dit geval van 1 januari 2009 tot 1 januari 2010. Dat betekent dat u minimaal tot 1 januari 2010 bij ons verzekerd bent. Als wij of u de aanvullende zorgverzekering niet beëindigen, verlengen we de aanvullende zorgverzekering daarna telkens met een jaar.

4.1.2. Afwijkende duur

Voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende zorgverzekering op uw polis worden bijgeschreven, loopt hun aanvullende zorgverzekering even lang als die van u.

Voorbeeld "verzekeringsduur na bijschrijving van een gezinslid":

U hebt bijvoorbeeld een aanvullende zorgverzekering met een verzekeringsduur van één jaar. Deze gaat in op 1 januari 2008. In oktober 2008 krijgt u een baby. U schrijft deze baby bij op uw aanvullende zorgverzekering. Op 1 januari 2009 eindigt uw aanvullende zorgverzekering afgelopen, zowel voor u als voor de baby. Als u uw aanvullende zorgverzekering niet hebt opgezegd, blijft deze doorlopen. Deze wordt verlengd met steeds één jaar. Op 1 januari 2009 gaat de verlenging van een jaar weer in, zowel voor u als voor de baby. U bent allebei tot minimaal 1 januari 2010 bij ons verzekerd.

4.2. Einde of verandering

4.2.1. Wanneer kunt u opzeggen?

4.2.1.1. Herroepen van uw aanvullende zorgverzekering

U (verzekeringnemer) mag de aanvullende zorgverzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- a. u moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke aanvullende zorgverzekering u wilt herroepen;
- b. de herroeping moet binnen 14 dagen nadat de aanvullende zorgverzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de aanvullende zorgverzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan al deze voorwaarden, dan kunnen wij de aanvullende zorgverzekering niet beëindigen door herroeping.

Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de aanvullende zorgverzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze aanvullende zorgverzekering, dan betalen wij die binnen dertig dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen

aan u terug.

Had u tussen de ingangsdatum van de aanvullende zorgverzekering en de datum van herroeping zorg vergoed gekregen, dan betaalt u die aan ons terug binnen dertig dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

Toelichting "Herroepen":

Hieronder verstaan wij het volgende: u (verzekeringnemer) hebt zich aangemeld voor onze aanvullende zorgverzekering, de formulieren hiervoor ingevuld en opgestuurd en eventueel de polis van ons ontvangen. U krijgt spijt van uw beslissing. U (verzekeringnemer) kunt de aanvullende zorgverzekering dan herroepen: u laat ons binnen een bepaalde termijn (14 dagen nadat de aanvullende zorgverzekering is ingegaan of 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen) weten dat u de aanvullende zorgverzekering wilt stoppen. Wij herroepen dan de aanvullende zorgverzekering. Dat wil zeggen dat wij doen alsof deze aanvullende zorgverzekering nooit heeft bestaan.

4.2.1.2. Met ingang van een nieuw jaar

U moet uw aanvullende zorgverzekering schriftelijk opzeggen. Dat doet u uiterlijk op 31 december. Uw aanvullende zorgverzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend. Zegt u na 1 januari op, is uw opzegging dus te laat en eindigt uw aanvullende zorgverzekering een jaar later op 1 januari. U moet wel rekening houden met de minimale geldigheidsduur van uw aanvullende zorgverzekering.

Voorbeeld "Opzegtermijn":

U hebt bijvoorbeeld een Aanvullende Zorgverzekering A afgesloten. Deze heeft een minimale geldigheidsduur van een jaar. De aanvullende zorgverzekering ging in op 1 september 2008. Op 1 januari 2010 is de minimale geldigheidsduur verstreken. Als u besluit dat u de Aanvullende Zorgverzekering A wilt beëindigen, moet uw schriftelijke opzegging vóór 1 januari 2010 bij ons binnen zijn. Wij beëindigen de Aanvullende Zorgverzekering A dan per 1 januari 2010. Komt uw opzegging bij ons op 3 januari 2010 binnen, dan beëindigen we de Aanvullende Zorgverzekering A per 1 januari 2011.

4.2.1.3. Bij verandering van de voorwaarden of premie

Wij hebben het recht de voorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de aanvullende zorgverzekering op te zeggen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw aanvullende zorgverzekering eindigt op de dag dat de verandering ingaat.

U kunt uw aanvullende zorgverzekering niet opzeggen als het gaat om een verandering van:

- a. de voorwaarden of de premie door overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
- b. de voorwaarden of de premie waardoor u niet minder rechten of meer plichten krijgt;
- c. de premie als deze wijzigt doordat u een bepaalde leeftijd bereikt. U weet tevoren al dat u die hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen;
- d. de voorwaarden of de premie die niet te maken heeft met de aanvullende zorgverzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten.

U leest meer over ons recht de voorwaarden te veranderen in artikel 8.

Toelichting "Verandering van de voorwaarden":

Wij hebben het recht onze voorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten dat te doen, laten wij u dit schriftelijk weten. Als u het niet eens bent met de verandering, hebt u meestal het recht uw aanvullende zorgverzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur of de verlengingsperiode van één jaar nog niet voorbij. Zorgt u er dan voor dat u ons dit schriftelijk laat weten. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld. Wij beëindigen uw aanvullende zorgverzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

4.2.1.4. Als u verandert van werkgever

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve (aanvullende) zorgverzekering heeft afgesloten? U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve aanvullende zorgverzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve aanvullende zorgverzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot dertig dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve (aanvullende) zorgverzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de maand is

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

of anders op de eerste dag van de maand na indienstreding. Uw oude collectieve aanvullende zorgverzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve aanvullende zorgverzekering horen.

4.2.1.5. In verband met andere aanvullende zorgverzekering

Hebt u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd, dan kunt u de aanvullende zorgverzekering voor die verzekerde ook in de loop van het jaar opzeggen als deze via een andere zorgverzekering en een andere aanvullende zorgverzekering wordt verzekerd:

- a. Als u (verzekeringnemer) de aanvullende zorgverzekering schriftelijk opzegt voordat de nieuwe aanvullende zorgverzekering ingaat, eindigt de aanvullende zorgverzekering op de dag waarop de nieuwe aanvullende zorgverzekering ingaat.
- b. Zegt u (verzekeringnemer) de aanvullende zorgverzekering schriftelijk op nadat de nieuwe aanvullende zorgverzekering is ingegaan, dan eindigt de aanvullende zorgverzekering na afloop van een volledige maand.

Voorbeeld 1

Zegt u (verzekeringnemer) de aanvullende zorgverzekering op 15 april op omdat de verzekerde per 1 mei via een andere aanvullende zorgverzekering verzekerd is, dan eindigt de aanvullende zorgverzekering per 1 mei (de ingangsdatum van de nieuwe aanvullende zorgverzekering).

Voorbeeld 2

U (verzekeringnemer) zegt op 15 april de aanvullende zorgverzekering voor de verzekerde op. Deze verzekerde is namelijk per 1 april via een andere aanvullende zorgverzekering verzekerd. De opzegtermijn is dan een volledige maand. April geldt als halve kalendermaand. Mei geldt als volledige maand. Dat betekent dat de aanvullende zorgverzekering eindigt op 1 juni.

4.2.2. Beëindiging voor alle verzekerden

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

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

Voorbeeld "Verandering van de aanvullende zorgverzekering":

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

- b. U betaalt uw premie niet of u komt uw andere verplichtingen die in deze Verzekeringsvoorwaarden staan, niet na. Wij bepalen het moment waarop in die gevallen de aanvullende zorgverzekering eindigt.
- c. U maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen zouden wij, als wij de waarheid hadden geweten, geen aanvullende zorgverzekering hebben gesloten. Wij hebben het recht om zowel uw aanvullende zorgverzekering als uw zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringwet binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen.
- d. Als u (verzekeringnemer) een aanvullende zorgverzekering hebt afgesloten die alleen bedoeld is voor mensen die in een collectiviteit of bepaalde branche, sector, bedrijfstak of andere onderverdeling werken en u ophoudt hier te werken. Wij beëindigen uw aanvullende zorgverzekering op de eerste dag van de maand nadat u ons dit hebt meegedeeld. Op dat moment eindigt ook de premiekorting die samenhangt met deelname aan die collectiviteit. Op uw verzoek kunt u een of meer niet-collectieve aanvullende zorgverzekeringen sluiten die direct aansluiten op de beëindigde aanvullende zorgverzekeringen en die inhoudelijk (bijna) gelijk daaraan zijn. Medische of tandheelkundige beoordeling, wachttijden, (extra) premietoelagen

vanwege leeftijd of beperkende bepalingen voor dekking zijn dan niet van toepassing.

Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) met uw werkzaamheden ophoudt doordat u arbeidsongeschikt wordt, vervroegd uittreedt of gebruik maakt van een wachtgeldregeling. In dat geval beëindigen wij de aanvullende zorgverzekering niet. U behoudt dan ook de eventuele premiekorting voor de aanvullende zorgverzekering die samenhangt met deelname aan die collectiviteit.

- e. Als de informatie die u ons bij het afsluiten van een aanvullende zorgverzekering hebt gegeven (zoals genoemd in artikel 2.2.) onjuist of onvolledig blijkt te zijn, kunnen wij de aanvullende zorgverzekering binnen twee maanden na deze ontdekking per direct beëindigen. Wij vorderen alle vergoedingen terug die wij u vanaf de dag van de misleiding uit de aanvullende zorgverzekering hebben betaald.

4.2.3. Beëindiging voor één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering van één verzekerde op het moment dat van (één van) de volgende situaties sprake is:

- a. De verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van uw (verzekeringnemer) gezin;
- b. De verzekerde overlijdt. Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering wel voor de overledene, maar niet voor de gezinsleden;
- c. Het verblijf van u (verzekerde) in het buitenland is volgens deze voorwaarden niet langer als tijdelijk te beschouwen (zie omschrijving van "tijdelijk verblijf in het buitenland"). Bovendien hebben wij u geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om uw aanvullende zorgverzekering te behouden;

Als van (één van) bovenstaande situaties sprake is, moet u dit schriftelijk aan ons melden. Wij moeten die melding uiterlijk binnen 30 dagen nadat van de betreffende situatie sprake is, hebben ontvangen.

4.2.4. Verandering

U kunt de aanvullende zorgverzekering voor één, meer of alle verzekerden veranderen. Verandering van de aanvullende zorgverzekering kan door een:

- a. schriftelijk verzoek.
U kunt de aanvullende zorgverzekering voor één of meerdere verzekerden veranderen. Stuur ons daarvoor een schriftelijk verzoek. Dit verzoek moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. Uw aanvullende zorgverzekering verandert op 1 januari daarop volgend. Is uw verzoek na 31 december bij ons binnen? Dan wijzigt de aanvullende zorgverzekering pas een jaar later op 1 januari. Voorwaarde is wel dat wij met de wijziging akkoord gaan. Uw aanvullende zorgverzekering verandert niet met terugwerkende kracht. Houdt u er rekening mee dat u pas uw aanvullende zorgverzekering kunt veranderen als de minimale geldigheidsduur van uw aanvullende zorgverzekering voorbij is.
- b. schriftelijk verzoek bij verandering van de voorwaarden.
Wij hebben het recht de voorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de aanvullende zorgverzekering te beëindigen of te wijzigen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. De lopende aanvullende zorgverzekering eindigt dan op het moment dat de verandering ingaat. Op dat moment gaat ook uw nieuwe aanvullende zorgverzekering in. U kunt uw aanvullende zorgverzekering niet veranderen als het gaat om een verandering van:
 - 1) de voorwaarden of de premie door overheidsbeleid of een wettelijke regeling;
 - 2) de voorwaarden of de premie waardoor u niet minder rechten of meer plichten krijgt;
 - 3) de premie als deze wijzigt doordat u een bepaalde leeftijd bereikt. U weet tevoren al dat u die hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen;
 - 4) de voorwaarden of de premie die niet te maken heeft met uw aanvullende zorgverzekering.

4.3. Kinderen (verzekerden jonger dan 18 jaar)

- a. Voor elke verzekerde op de polis kunt u een of meerdere aanvullende zorgverzekeringen afsluiten. De aanvullende zorgverzekering van een kind moet hetzelfde zijn als die van (één

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- van) de ouders. Heeft het kind meerdere aanvullende zorgverzekeringen, dan moet minstens één van de ouders diezelfde serie aanvullende zorgverzekeringen hebben. Als die ouder zijn aanvullende zorgverzekeringen verandert, en dus een andere serie aanvullende zorgverzekeringen krijgt, veranderen wij op dezelfde wijze ook de serie aanvullende zorgverzekeringen van het kind.
- b. Als de ouders verschillende series aanvullende zorgverzekeringen hebben, mag u aangeven volgens welke serie het betreffende kind verzekerd moet worden. Hebben de ouders geen serie, maar één aanvullende zorgverzekering (die per verzekerde kan verschillen), dan mag u bepalen volgens welke uw kind verzekerd wordt. De wijziging van de aanvullende zorgverzekering(en) van het verzekerde kind gaat in op dezelfde datum waarop de gewijzigde (serie) aanvullende zorgverzekering(en) voor de ouder(s) ingaat.
- c. U kunt voor uw kind tot 18 jaar een of meer andere aanvullende zorgverzekeringen afsluiten dan zijn ouders hebben. De aanvullende zorgverzekeringen van uw kind zijn dan niet meer gratis. Ook niet die aanvullende zorgverzekering die binnen de serie hetzelfde is als die van een of beide ouders, zolang uw kind tenminste één aanvullende zorgverzekering heeft die zijn ouders niet hebben. Op uw kind is dan de premie vanaf 18 jaar van toepassing.

Voorbeeld

Stel: Een gezin heeft de volgende series van aanvullende zorgverzekeringen:

Vader heeft aanvullende zorgverzekering A + B

Moeder heeft aanvullende zorgverzekering A + C

Kind van 10 heeft aanvullende zorgverzekering A + B (dezelfde serie aanvullende zorgverzekeringen als zijn vader).

Vader verandert zijn aanvullende zorgverzekering en kiest voor A + D in plaats van A + B

De aanvullende zorgverzekeringen van het kind van 10 moeten dan ook worden veranderd. Het kind kan dan verzekerd worden voor aanvullende zorgverzekering A + C of voor aanvullende zorgverzekeringen A + D (één van de series waarvoor ook één van zijn ouders heeft gekozen).

4.4. Hechtenis/gevangenschap

Als u in hechtenis wordt genomen of in de gevangenis moet of u bent daartoe veroordeeld, moet u ons dat vooraf melden. Wij beëindigen de aanvullende zorgverzekering dan niet. Wel schorten wij de vergoeding en premieplicht tijdens de duur van de hechtenis en gevangenschap tijdelijk op. U hoeft tijdens deze periode dan dus geen premie te betalen, maar kunt ook geen vergoeding op grond van uw aanvullende zorgverzekering krijgen.

5. PREMIE EN KOSTEN

5.1. Kosten

5.1.1. Kostenopbouw

De kosten die u (verzekeringnemer) voor uw aanvullende zorgverzekering moet betalen, bestaan uit:

- a. de premie;
- b. belastingen die wij volgens de wet of een verdrag moeten overdragen aan bepaalde instanties;
- c. bedragen die wij rechtstreeks aan de zorgverlener hebben betaald maar die u (verzekeringnemer) zelf had moeten betalen. Dat kan bijvoorbeeld komen omdat ze onder de eigen bijdrage van uw aanvullende zorgverzekering vallen of omdat ze boven een maximum vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering uitkomen;
- d. eventuele toeslagen en andere kosten. Hieronder vallen onder andere:
 - 1) een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening;
 - 2) een toeslag op de premie voor ieder kind jonger dan 18 jaar waarvoor u een aanvullende zorgverzekering afsluit. Wij brengen deze toeslag alleen in rekening als de gezinsleden van 18 jaar of ouder geen aanvullende zorgverzekering bij ons hebben afgesloten. Wij

- brenge de toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- 3) een toeslag op de premie voor iedere verzekerde waarvoor bij ons wel een aanvullende zorgverzekering, maar geen hoofdverzekering is afgesloten. Wij brengen deze toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
 - 4) een toeslag op de premie doordat u een bepaalde leeftijd bereikt.

Onder deze kosten worden niet begrepen de incassokosten die wij maakten om de verschuldigde en opeisbare bedragen bij u te innen.

5.1.2. Kostenberekening

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

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

Toelichting

De premie voor uw aanvullende zorgverzekering kan afhankelijk zijn van uw leeftijd, maar dat hoeft niet. Dat kan per aanvullende zorgverzekering verschillen. Soms blijft de premie - uiteraard behoudens jaarlijkse premieaanpassingen - ongeacht uw leeftijd dezelfde. In andere gevallen is uw premie van uw leeftijd afhankelijk. Als u bijvoorbeeld 18, 30, 40, 50, 60 of 70 jaar wordt, passen we de premie aan. Dat kan ook het geval zijn op andere leeftijden. U weet dit vooraf bij het sluiten van de aanvullende zorgverzekering wat voor soort premie van toepassing is.

5.2. Betaling

5.2.1. Verschuldigde kosten

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

5.2.2. Aansprakelijkheid

- a. U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten.
- b. Als u deelneemt aan een collectiviteit, zijn u en de collectiviteit beiden geheel verantwoordelijk voor de premiebetaling.
- c. Als u (verzekeringnemer) overlijdt of niet meer bevoegd bent om zelfstandig over uw vermogen te beschikken, is elke verzekerde op de polis persoonlijk aansprakelijk voor de betaling van alle verschuldigde kosten. Deze aansprakelijkheid eindigt op het moment dat wij één van de verzekerden als nieuwe verzekeringnemer accepteren. Vanaf dat moment is de nieuwe verzekeringnemer weer verantwoordelijk voor de betaling.

5.2.3. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Bij het afsluiten van uw aanvullende zorgverzekering spreken wij met u (verzekeringnemer) af voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. Hebt u met ons een betalingsperiode afgesproken van één kwartaal, één halfjaar of één jaar, dan kunt recht hebben op een korting op de premie. In dat geval staat deze korting op uw polis. Het totale bedrag dat u ons verschuldigd bent, moet uiterlijk vóór de eerste dag van de betalingsperiode in ons bezit zijn.

5.2.4. Manier van vooruit betalen

Bij het afsluiten van uw aanvullende zorgverzekering hebt u (verzekeringnemer) ook met ons afgesproken hoe u de verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling of een premienota.

5.2.5. Automatische incasso

Wij kunnen met u (verzekeringnemer) afspreken dat wij de verschuldigde kosten per betalingsperiode van uw bankrekening afschrijven. In dat geval blijft u verantwoordelijk om tijdig te betalen. U moet er dus voor zorgen dat er voldoende saldo op uw bankrekening staat.

5.2.6. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt voor de aanvullende zorgverzekering, betaalt u voor die verzekerde alleen kosten over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode. Deze kosten moet u voor het begin van dit overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode aan ons betaald hebben.

5.2.7. Hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis of in de gevangenis zit, bent u geen premie en kosten aan ons verschuldigd voor uw aanvullende zorgverzekering.

5.3. Betalingsachterstand

5.3.1. Geen recht op vergoeding en beëindiging

Wij kunnen de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering opschorten (schorsen) en ook uw aanvullende zorgverzekering beëindigen als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting tegenover ons voldoet. Wij kunnen de volgende maatregelen treffen:

- a. Betaalt u (verzekeringnemer) niet op tijd, dan sturen wij u eerst een aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen. De termijn die in de aanmaning wordt aangegeven, gaat in op de dag ná de aanmaning. Betaalt u dan nog niet op tijd, dan hebt u geen recht meer op (vergoeding van kosten van) zorg (opschorten vergoeding/schorsing) vanaf de dag dat u de premie in eerste instantie had moeten betalen. Wij vermelden dit ook op de aanmaning. U hebt weer recht op (vergoeding van kosten van) zorg vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen alsnog bij ons binnen zijn.
- b. Ook als wij de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering hebben opgeschort/geschorst, blijft u verplicht ons premie te betalen. Doet u dat niet, dan sturen wij u een tweede aanmaning. Wij treffen ook maatregelen tot incasso en kunnen uw aanvullende zorgverzekering beëindigen. Wij vermelden dit ook op de tweede aanmaning. Als wij uw aanvullende zorgverzekering beëindigen doen we dat niet met terugwerkende kracht. U (verzekeringnemer) blijft ons de premie verschuldigd over de tijd dat u wel verzekerd was. Daarnaast komen alle incassokosten voor uw rekening.

5.3.2. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Uw opzegmogelijkheden die wij hiervoor hebben aangegeven, gelden niet in het volgende geval:

- a. U (verzekeringnemer) hebt de premie die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- b. Wij hebben u hiervoor een aanmaning gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal veertien dagen aan ons te betalen; en
- c. Wij hebben de vergoeding van de aanvullende zorgverzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- d. Wij hebben niet binnen veertien dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de premie en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald heeft, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruik maken van uw opzegmogelijkheden.

5.3.3. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met de betaling? Dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen:

- a. altijd eerst de schuld af van uw zorgverzekering (hoofdverzekering) die u bij ons hebt gesloten en pas daarna de schuld van uw aanvullende zorgverzekering;
- b. het langst openstaande deel van uw schuld van uw aanvullende zorgverzekering af. Als de openstaande schuld bestaat uit bedragen uit meerdere perioden, doordat u langere tijd niet hebt betaald, kunt u de schuld niet splitsen. De schuld moet in zijn geheel betaald worden.

Toelichting "Splitsen van schulden mag niet":

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

5.3.4. Verrekening

- a. U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerden) nog van ons tegoed hebt.
- b. Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerde) van ons krijgt. Het gaat daarbij om bedragen die u van ons krijgt uit de aanvullende zorgverzekering, maar ook om bedragen die u (verzekeringnemer en verzekerde) van ons krijgt uit andere verzekeringen die u bij ons hebt afgesloten.

Voorbeeld "Geen verrekening door u":

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een premieschuld van € 200,-. U stuurt ons voor € 100,- aan nota's op. Wij beoordelen of deze nota's voor vergoeding in aanmerking komen. U (verzekeringnemer) mag deze nota's daarom niet van uw schuld aftrekken. Uw schuld blijft € 200,-.

Voorbeeld "Wel verrekening door ons":

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een schuld openstaan van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- aan nota's op. Het gaat om nota's van zorg die helemaal onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering vallen. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u (verzekeringnemer) € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw schuld is daarmee afgelost.

5.3.5. Vertragingsschade

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand hebt, betaalt u ons de wettelijke rente als vertragingsschade over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u de kosten om de bedragen bij u te innen, volledig betalen.

5.4. Na beëindiging

5.4.1. Schuld over een beëindigde aanvullende zorgverzekering

Als u ons nog kosten moet betalen voor een aanvullende zorgverzekering die inmiddels beëindigd is volgens artikel 5.3.1. en u sluit een nieuwe aanvullende zorgverzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

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

5.4.2. Teveel betaalde premie

- a. Eindigt uw aanvullende zorgverzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- b. Als uw aanvullende zorgverzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen we de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe aanvullende zorgverzekering(en).

- c. Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw aanvullende zorgverzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode, van het betaalde bedrag niets terug.

6. ALGEMENE UITSLUITINGEN

De volgende (kosten van) zorg vergoeden wij niet.

6.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Hebt u zorg nodig als gevolg van een ziekte of afwijking, waar wij u voor een medische of tandheelkundige beoordeling naar gevraagd hebben bij uw aanmelding? Deze zorg vergoeden wij niet als deze ziekte of afwijking al bij u bekend was of klachten veroorzaakte toen u uw aanvullende zorgverzekering hebt aangevraagd. U of de verklarende zorgverlener heeft dit niet (op onze uitdrukkelijke vragen) aan ons gemeld. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel.

6.2. Vergoeding uit andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- a. Kosten die u - als uw aanvullende zorgverzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:
- 1) een andere overeenkomst ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende zorgverzekering); of
 - 2) een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling; of
 - 3) een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling zoals bij voorbeeld Rijksvaccinatieprogramma's; of
 - 4) een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag.
- b. Kosten:
- 1) die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland, en;
 - 2) die vallen onder de vergoeding van een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering, inclusief een vergoeding voor medische kosten in het buitenland, of die de reisverzekeraar op andere gronden heeft betaald of voorgeschoten, en;
 - 3) die de (reis)verzekeraar, bij wie de (reis)verzekering afzonderlijk is gesloten, bij ons declareert.
- c. Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen op grond van een andere regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

6.3. Uitsluitingen

De (kosten van) de volgende behandelingen vergoeden wij niet:

- a. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
- b. Behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- c. Behandelingen van plastisch chirurgische aard;
- d. Preventieve onderzoeken, controles en behandelingen en/of bevolkingsonderzoeken, tenzij deze uitdrukkelijk als vergoeding op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staan vermeld;
- e. Kosten die veroorzaakt zijn door of te maken hebben met:
 - 1) keuringen;
 - 2) het afgeven van attesten;

- 3) vaccinaties tegen kinderziekten.
- f. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;
- g. Kosten die te maken hebben met:
 - 1) sportmassage;
 - 2) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - 3) bedrijfshulpverleningscursussen.
- h. Kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt;
- i. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
- j. Behandelingen die niet te beschouwen zijn als verantwoorde en geschikte zorg;
- k. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie, taalonderzoek, spellingsonderzoek, anderstaligheid of behandelingen met een onderwijskundig doel;
- l. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;
- m. Kosten voor betaling op, naar of vanuit bankrekeningen buiten Nederland;
- n. Kosten voor te late betaling van nota's die door de zorgverlener rechtstreeks naar u zijn gestuurd.

Wij vergoeden bovengenoemde zorg wel als op een andere plaats in deze Verzekeringsvoorwaarden en in het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat deze zorg wel onder de vergoeding valt of deze zorg daaronder wordt begrepen.

6.4. Eigen bijdrage en eigen risico

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. De wettelijke eigen bijdragen die u moet betalen volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet. Wij vergoeden deze kosten wel als dat zo in deze voorwaarden en op het Vergoedingen Overzicht staat dat voor u geldt;
- b. Kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de hoofdverzekering. Wij vergoeden deze kosten wel als dat zo in deze voorwaarden of op het Vergoedingen Overzicht staat dat voor u geldt;
- c. Kosten die volgens uw hoofdverzekering voor uw rekening blijven, omdat de zorg is verleend door een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt dan uit de hoofdverzekering een lagere vergoeding krijgen dan in het geval de zorg zou zijn geleverd door een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij wel een overeenkomst hebben gesloten.

6.5. Geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

De volgende kosten vergoeden wij niet:

a. Kosten door geweld.

Dat zijn de kosten die veroorzaakt zijn door of te maken hebben met:

- 1) een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand of binnenlandse onlusten;
- 2) oproer of mouterij;
- 3) terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk noemen wij dit "terrorismerisico").

Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen vergoeden wij wél voor zover wij deze kunnen betalen van het bedrag:

- dat wij uit de herverzekering ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam of
- dat wij uit de herverzekering zouden hebben ontvangen, als wij de herverzekering zouden hebben gesloten.

Onder de herverzekering van de N.H.T. vallen kosten van deze gebeurtenissen als die in Nederland plaatsvinden, maar ook als zij in het buitenland plaatsvinden. Verzekerden die buiten Nederland wonen, vallen niet onder deze herverzekering en kunnen dus geen vergoeding krijgen.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Bij de vormen van geweld onder nummers 1) en 2) gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Bij de vormen van geweld onder nummer 3) gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die de (N.H.T.) heeft vastgelegd in het laatst geldende "polisblad terrorismedekking" van de N.H.T.

Toelichtingen

"Terrorisme, kwaadwillige besmetting en preventieve maatregelen" zijn bij de N.H.T. als volgt omschreven:

Terrorisme:

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

Kwaadwillige besmetting:

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

Preventieve maatregelen:

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

Herverzekering van de N.H.T.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Als sprake is van een aanpassing meldt de N.H.T. dit in drie landelijke dagbladen.

Polisblad terrorisme

Bijna alle verzekeraars maken van de herverzekering van de N.H.T. gebruik. Er is ook één landelijk "polisblad Terrorisme" uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite www.terrorismeverzekerder.nl.

b. Kosten door schuld

Dit zijn kosten die ontstaan zijn:

- 1) door uw grove schuld, door uw (bewuste of onbewuste) roekeloosheid, door uw (voorwaardelijke) opzet of met uw instemming;
- 2) door uw ernstige nalatigheid in het opvolgen van de voorschriften van de behandelend arts of therapeut;
- 3) doordat u door uw gedrag het genezingsproces ernstig tegenwerkt of tegenhoudt.

c. Kosten door misdrijf, overtreding of fraude

Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van het (mede)plegen van, het medeplchtig zijn aan of het doen van een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Onder fraude verstaan wij het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke gronden en/of manieren krijgen van vergoeding van ons of een verzekeringsovereenkomst met ons.

Deze bepaling is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

(bijvoorbeeld een zorgverlener of leverancier).

In deze gevallen zullen wij de vergoeding naar evenredigheid verlagen. Deze verlaging vindt alleen plaats als wij, wanneer wij de waarheid hadden geweten, een hogere premie zouden hebben vastgesteld.

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- 1) aangifte doen bij de politie;
- 2) de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- 3) een registratie doen in de door verzekeraars gebruikte signaleringssystemen;
- 4) een uitgeoefende vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

6.6. Atoomkernreacties

Kosten die het gevolg zijn van atoomkernreacties vergoeden wij niet.

Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan vergoeden wij de kosten wel als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

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

Toelichting

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

6.7. Rekeningen te laat indienen

Het kan voorkomen dat de zorgverlener de kosten niet rechtstreeks bij ons declareert maar aan u een nota stuurt. In dat geval moet u die originele nota volgens de wetgeving binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend aan ons opsturen. Stuurt u nota's later in, dan komen deze niet meer voor vergoeding in aanmerking. Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

6.8. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op vergoeding van zorg of kosten daarvan. Dat geldt ook als de zorg die u ontvangt wel onder de vergoeding van de aanvullende zorgverzekering valt.

7. INFORMATIE EN REGISTRATIE

7.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken of doet u een onjuiste opgave, dan:

- a. hebt u geen enkele aanspraak meer op vergoeding van kosten;
- b. vorderen wij alle vergoedingen die u van ons voor zorg ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- c. hebben wij binnen twee maanden nadat wij ontdekten dat u ons misleidde, het recht de zorgverzekering per direct te beëindigen;
- d. doen wij hiervan een melding in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH);
- e. zullen wij gedurende een periode van vijf jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe zorgverzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

7.2. Belangrijke gebeurtenissen

U (verzekeringnemer) bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen een maand aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- a. verhuizing;
- b. geboorte of adoptie;
- c. overlijden;
- d. echtscheiding;
- e. veranderingen in de gezinssamenstelling;
- f. begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- g. begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst.

Wij gaan er vanuit dat u deze zaken tijdig aan ons doorgeeft. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de aanvullende zorgverzekering in op een moment dat wij bepalen. Wij gaan er ook vanuit dat berichten die wij sturen naar het laatste adres dat van u bij ons bekend is, bij u aankomen.

Toelichting "verhuizing":

Wij hebben de juiste adresgegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens vallen daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, faxnummer, e-mailadres, enz.

Toelichting "Verandering van de gezinssamenstelling":

Door bijvoorbeeld geboorte of overlijden verandert de samenstelling van uw gezin en daarmee van de aanvullende zorgverzekering. Ook als uw kind trouwt of gaat studeren, kan de samenstelling van uw gezin veranderen. Dat kan ook gevolgen hebben voor uw aanvullende zorgverzekering. Als dat gebeurt, moet u dat aan ons doorgeven, zodat wij uw aanvullende zorgverzekering kunnen veranderen.

7.3. Verhaalsmogelijkheden

Krijgt u zorg die het gevolg is van omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen die u overkomen zijn? U bent dan verplicht dit meteen en uiterlijk binnen veertien dagen aan ons te laten weten als wij derden aansprakelijk kunnen stellen voor de kosten van deze zorg. Zie ook artikel 11.11.

7.4. Registratie van persoonsgegevens

De persoonsgegevens die u bij de aanvraag van de aanvullende zorgverzekering of later aan ons geeft, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij gebruiken deze gegevens alleen voor doelen die in de verzekeringsvoorwaarden of in geldende privacyregelgeving zijn genoemd en die we bij het College Bescherming Persoonsgegevens hebben gemeld.

7.5. Verwerking persoonsgegevens

De persoonsgegevens die wij in onze administratie opnemen, verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- a. het beoordelen en accepteren van verzekerden, het aangaan en uitvoeren van aanvullende zorgverzekeringen en het afwickelen van het betalingsverkeer;
- b. het gebruik van persoonsgegevens voor statistisch en wetenschappelijk doel;
- c. het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten om een relatie tot stand te brengen, in stand te houden of uit te breiden;
- d. het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector. Daaronder valt ook het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de bedrijfstak waar wij deel van uitmaken, en het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- e. het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

7.6. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de aanvullende zorgverzekering ingaat:

- a. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als wij dit

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- nodig vinden om onze verplichtingen uit de aanvullende zorgverzekering na te kunnen komen;
- b. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen geven als wij dit nodig vinden om de uitvoering van uw aanvullende zorgverzekering doelmatiger te laten verlopen;
 - c. met zorgverleners en leveranciers van goederen onderhandelen over de kosten en zonodig (en dan op onze kosten) tegen hen procederen;
 - d. uw persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw aanvullende zorgverzekering(en) opnemen in onze administratie. Daaronder valt het Burger Service Nummer (BSN) dat wij moeten gebruiken bij het contact met zorgverleners;
 - e. uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of ermee procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen.

Wij houden ons bij deze informatieverstrekking en registratie aan de geldende privacyregelgeving.

Toelichting "Informatie geven aan derden":

Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw aanvullende zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandelt heeft, weet hoe u bent verzekerd. Om die reden kunnen de zorgverleners bij ons uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. De zorgverleners mogen deze gegevens alleen inzien als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners geen inzage kunnen hebben in uw adresgegevens, kunt u dit aan ons laten weten. Wij kunnen uw adresgegevens dan afschermen.

7.7. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw aanvullende zorgverzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". De protocollen zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. U bent verplicht er uw medewerking aan te verlenen.

8. VERANDERING VAN DE VOORWAARDEN

8.1. Ons recht op verandering

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden, de vergoedingen en de hoogte van de premie tijdens de duur van de aanvullende zorgverzekering te veranderen. Wij mogen dit voor één of meer aanvullende zorgverzekeringen doen of voor alle aanvullende zorgverzekeringen.

Toelichting

Met verandering bedoelen wij in dit artikel een verandering die geldt in het algemeen. Het gaat bijvoorbeeld om een verandering van de premie doordat bepaalde tarieven zijn gestegen. Het gaat in dit artikel dus niet om een verandering die alleen voor u geldt. Het gaat om een verandering die geldt voor al onze verzekerden die dezelfde aanvullende zorgverzekering als u hebben.

8.2. Uw recht om op te zeggen of te veranderen

Wij stellen u schriftelijk van een verandering zoals bedoeld in artikel 8.1 op de hoogte. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de aanvullende zorgverzekering op te zeggen of te veranderen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw zorgverzekering eindigt of verandert op de dag dat de verandering ingaat.

U kunt uw aanvullende zorgverzekering niet opzeggen en ook geen andere aanvullende zorgverzekering kiezen in de gevallen die genoemd worden in artikel 8.3.

8.3. Geen recht om op te zeggen of te veranderen

U hebt niet het recht uw aanvullende zorgverzekering op te zeggen of te veranderen als het gaat om een verandering van de voorwaarden, vergoeding of premie:

- a. als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling;

- b. die er niet voor zorgt dat u minder rechten of meer plichten krijgt;
- c. doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt waardoor de hoogte van uw premie verandert. U weet tevoren al dat u de hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen;
- d. die niet te maken heeft met de aanvullende zorgverzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten.
- e. als u een betalingsachterstand heeft als bedoeld in artikel 5.3.

9. GESCHILLEN EN KLACHTEN

9.1. Geschillen

a. Verzoek om heroverweging van een beslissing

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de aanvullende zorgverzekering hebben genomen, kunt u ons vragen de beslissing opnieuw te bekijken (te heroverwegen). Daarvoor moet u een schriftelijk verzoek aan onze afdeling Juridische Zaken sturen.

b. Naar de rechter of de geschillencommissie

U kunt naar de bevoegde rechten stappen als wij niet binnen vier weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.

U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie brengt een advies uit. Dit advies is bindend. De commissie houdt zich bij het uitbrengen van het bindend advies aan het reglement dat op de commissie van toepassing is.

9.2. Klachten

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw aanvullende zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. Maar doet u dat dan wel schriftelijk. De Raad van Bestuur beslist over uw klacht en wij stellen u van de uitkomst op de hoogte.

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

1. U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
2. U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

9.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

10. WAT ALS SITUATIE NIET IN VOORWAARDEN IS GEREGLD?

In alle gevallen waarvoor in deze voorwaarden niets is geregeld, beslist onze Raad van Bestuur hoe wij daarmee omgaan.

11. ALGEMENE VOORWAARDEN VAN VERGOEDINGEN

11.1. Algemeen

a. Verzekeringnemer en verzekerde

Een aanvullende zorgverzekering wordt altijd afgesloten door een verzekeringnemer. De polis staat op zijn of haar naam. Deze persoon is degene die verantwoordelijk is voor de betaling van de premie. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn.

Zijn er meerdere mensen verzekerd, dan zijn de overige personen verzekerden. Zij zijn geen verzekeringnemer: de aanvullende zorgverzekering staat niet op hun naam en zij zijn niet verantwoordelijk voor het betalen van de premie. Wel hebben zij recht op een vergoeding van de gemaakte kosten.

b. Relatienummer en notabegeleidingsformulier

Elke verzekeringnemer en verzekerde heeft een nummer van ons gekregen: een relatienummer. U vindt het relatienummer op de polis terug. Dient u een rekening bij ons in, dan maakt u gebruik van het notabegeleidingsformulier. Hierop geeft u aan welke verzekerde de zorg is geleverd. Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding, wordt deze vergoeding betaald aan de verzekeringnemer.

c. Zorgverleners en zorginstellingen

Bij de verzekerde zorg in deze voorwaarden staan de zorgverleners en zorginstellingen genoemd die de zorg mogen verlenen. Die behandelingen kunnen ook worden verricht door niet genoemde zorgverleners maar die handelen onder de verantwoordelijkheid van een zorgverlener die we wel hebben genoemd.

Voorbeeld

Bijvoorbeeld een verpleegkundige die in een ziekenhuis onder verantwoordelijkheid werkt van een medisch specialist. Of een physician assistant die in een huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid werkt van de huisarts. Dan vergoeden we die behandelingen ook.

Daarnaast kunnen er zorgverleners zijn die we niet hebben genoemd maar wel bevoegd zijn die behandelingen te verrichten; die vergoeden wij niet.

11.2. Hoe weet u wat u vergoed krijgt?

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

a. Polis

De polis is uw verzekeringsdocument. Hierop staat wie er verzekerd zijn, welke aanvullende zorgverzekeringen zij hebben afgesloten en hoe hoog de premie is. Als er veranderingen optreden, zenden wij u per post een nieuwe polis toe.

Hebt u een aanvullende Internetzorgverzekering bij ons afgesloten dan vindt u de nieuwe polis op onze site. Wij brengen u in dat geval via e-mail van de verandering op de hoogte.

Wij gaan er vanuit dat de gegevens op uw aanvraag van u afkomstig te zijn. U moet de gegevens op het polisblad zorgvuldig controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Doet u dit niet, dan gaan we er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

b. Het Vergoedingen Overzicht

Wilt u een Vergoedingen Overzicht van ons ontvangen, dan moet u dit bij ons aanvragen. Wij sturen u het Vergoedingen Overzicht dus niet automatisch toe. U kunt het Vergoedingen Overzicht ook altijd bekijken op onze website. Als u een aanvullende Internetzorgverzekering hebt afgesloten, vindt u via uw persoonlijke pagina op onze website uw Vergoedingen Overzicht.

Op het Vergoedingen Overzicht staat per aanvullende zorgverzekering:

1. welke kosten van zorg wij vergoeden;
2. hoeveel wij per verzekerde vergoeden;
3. een verwijzing naar een artikel van deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. In het betreffende artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de kosten van zorg vergoed te krijgen.

c. Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen

Wilt u uw verzekeringsvoorwaarden ontvangen, dan moet u deze bij ons aanvragen. Wij sturen u de voorwaarden niet automatisch toe. U kunt de voorwaarden ook altijd bekijken op onze website.

Als u een aanvullende Internetzorgverzekering hebt afgesloten, leest u de Verzekeringsvoorwaarden via onze website.

Wij hebben verschillende soorten aanvullende zorgverzekeringen waaruit u kunt kiezen. In deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen beschrijven we alle behandelingen uit de verschillende soorten aanvullende zorgverzekeringen. Dus ook behandelingen die niet in uw aanvullende zorgverzekering voorkomen.

De behandelingen die in deze voorwaarden zijn beschreven, vallen dus niet automatisch onder de vergoeding! Ook krijgt u de behandelingen niet automatisch volledig vergoed. Kijk op het Vergoedingen Overzicht welke behandelingen uw aanvullende zorgverzekering vergoedt en hoe hoog die vergoeding is. Voor behandelingen die niet in het Vergoedingen Overzicht worden genoemd en waar dus niet naar verwezen wordt, bent u niet verzekerd.

Voorbeeld "Vergoedingen Overzicht" en "Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen":

Stel: U hebt een aanvullende zorgverzekering A afgesloten. U wilt weten wat u vergoed krijgt voor een kuurbehandeling. U kijkt op uw Vergoedingen Overzicht. Onder de vergoeding van de Aanvullende Zorgverzekering A ziet u bij Kuurbehandeling bijvoorbeeld staan dat wij 80% vergoeden tot een maximumbedrag. Daarnaast staat een verwijzing naar artikel 20. van de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. In dat artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de kuurbehandeling vergoed te krijgen.

11.3. Inhoud, omvang en voorwaarden

11.3.1. Inhoud en omvang van zorg

In deze voorwaarden hebben wij omschreven op welke behandelingen u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op die zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

11.3.2. Voorwaarden voor vergoeding

Valt de zorg onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering? Dan vergoeden wij u de kosten:

- a. als er een medische of tandheelkundige noodzaak is voor de zorg;
- b. als de zorg plaatsvindt in de periode dat de aanvullende zorgverzekering geldig is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum waarop de rekening is uitgeschreven.
Gaat de rekening over een Diagnose Behandel Combinatie (DBC)? Als de ingangsdatum van de DBC ligt voor de einddatum van uw aanvullende zorgverzekering, dan vergoeden wij de kosten die met deze gehele DBC te maken hebben, ook al is de aanvullende zorgverzekering niet meer geldig. En als de ingangsdatum van de DBC in een ander jaar ligt dan de einddatum, dan vergoeden wij de kosten die met deze gehele DBC te maken hebben, volgens de voorwaarden die gelden op de ingangsdatum van die DBC, mits de ingangsdatum van die DBC binnen de looptijd van de aanvullende zorgverzekering valt;
- c. als u voldoet aan de eisen en voorwaarden die wij stellen. Wij hebben deze per behandeling beschreven in de hierna volgende artikelen van deze Verzekeringsvoorwaarden;

Voorbeeld "eisen en voorwaarden voor vergoeding":

Het gaat bijvoorbeeld om de voorwaarde dat de behandeling voorgeschreven moet zijn door een arts of dat wij u vooraf een akkoordverklaring hebben gegeven.

- d. als in de voorwaarden staat vermeld dat vooraf een akkoordverklaring verplicht is, dan mag deze niet ouder zijn dan 365 dagen. Onze akkoordverklaring is dus maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen. De akkoordverklaring is niet meer geldig als de aanvullende zorgverzekering is beëindigd;
- e. als de instelling of inrichting waar de zorg wordt geleverd, voldoet aan alle wettelijke eisen (bijvoorbeeld erkenning door de minister);
- f. als de zorgverlener, instelling of inrichting die de zorg heeft geleverd (of onder wiens verantwoordelijkheid de zorg heeft plaatsgevonden) zelf ook de kosten declareert;
- g. als u geen handelingen verricht of nalaat die onze rechten om de kosten op een ander te verhalen, kunnen schaden. U bent verplicht mee te werken aan onze verhaalsrechten;
- h. als de zorg valt onder de aanvullende zorgverzekering van de verzekerde die de zorg verleend krijgt. Behandelingen of diensten die niet zijn genoemd en/of beschreven in de afgesloten aanvullende zorgverzekering, vergoeden wij niet;
- i. zoals we die in de aanvullende zorgverzekering hebben omschreven. We bepalen de hoogte van de kosten en de inhoud van de zorg mede door te kijken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt deze maatstaf, dan bepalen we de kosten en de inhoud van de zorg door uit te gaan van wat in dat vakgebied geldt als verantwoorde en adequate behandelingen en diensten;
- j. als de behandeling feitelijk heeft plaatsgevonden. Wij vergoeden geen telefonische of elektronische behandelingen en consulten (via e-mail en/of Internet). Wij vergoeden deze behandelingen en consulten wel als dit in de voorwaarden bij de betreffende behandeling is aangegeven;
- k. van de zorg in Nederland, uw woonland of in het buitenland. Hiervoor geldt dat de zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld. Het is niet nodig dat wij een overeenkomst met deze zorgverlener hebben gesloten voor het leveren van zorg, tenzij dat uitdrukkelijk als voorwaarde is gesteld. Ook is niet nodig dat hij voldoet aan eisen zoals bijvoorbeeld contractering of erkenning waardoor de door hem geleverde zorg volgens de sociale of wettelijke verzekering van het betreffende land vergoed wordt;
- l. als u originele nota's, bijlagen en bescheiden instuurt. Deze geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen. Dit is een schermafdruck van uw gescande rekening met een stempel waaruit blijkt dat deze schermafdruck hetzelfde is als een originele rekening.

11.4. Hoe krijgt u vergoeding?

11.4.1. Hoe komen rekeningen bij ons?

a. U stuurt rekeningen per post op

U moet de originele rekeningen en kwitanties (geen kopie, herinnering of aanmaning!) binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend aan ons opsturen. Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

De zorgverlener moet deze rekening specificeren zodat wij deze zonder navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen.

b. U stuurt rekeningen via Internet in

Als u een aanvullende Internetzorgverzekering bij ons hebt afgesloten, dan declareert u de rekeningen elektronisch via Internet. Dat doet u binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend.

Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

De papieren, originele rekeningen en kwitanties moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

c. De zorgverlener stuurt ons rekeningen op

Rekeningen en kwitanties die de zorgverlener rechtstreeks aan ons doorstuurt, moeten:

- 1) schriftelijke originelen zijn; of
- 2) staan op voor computers leesbare gegevensdragers (bijvoorbeeld diskettes, tapes, CD-ROM's of DVD's); of
- 3) via elektronische gegevensuitwisseling bij ons aankomen.

d. Buitenlandse rekeningen

Afschriften van buitenlandse originele rekeningen nemen wij in behandeling. Deze afschriften moeten ingestuurd worden met een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland.

Uit de verklaring moet blijken:

- dat het geheel of een deel van de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen en
- hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

11.4.2. Verantwoordelijkheid voor betaling

Hiervoor kon u lezen hoe rekeningen bij ons komen. Soms stuurt de zorgverlener de rekening naar u maar soms ook rechtstreeks naar ons. Zodra wij de rekening ontvangen, controleren en verwerken wij die. Als u de rekening hebt ontvangen en naar ons doorstuurt, kan een zorgverlener u aanmanen of zelfs kosten bij u in rekening brengen. Deze kosten vergoeden wij niet.

11.5. Hoeveel krijgt u vergoed?

a. Werkelijke kosten

Wij vergoeden nooit meer dan de kosten die u werkelijk gemaakt hebt. Het kan zijn dat we minder vergoeden dan deze kosten. Dat we namelijk volgens een bepaald tarief vergoeden. Lees daarover onder b.

b. Tarieven

Bij de vergoeding van zorg gaan wij uit van verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

1) Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die behandeling?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

Nee? Zie 2.

2) Wettelijk tarief

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken. Wij hebben voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners. En geldt er een wettelijk tarief?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens dit wettelijk tarief. Dit tarief is in Nederland vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Nee? Zie 3.

3) Marktconform tarief

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken. Hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens het marktconforme tarief. Dit is het tarief dat voor die bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is.

Als u in het buitenland woont, geldt het tarief dat in uw woonland gebruikelijk is. Dit is dus het

tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken of dat wij redelijkerwijs als marktconform tarief beschouwen. Wijken de marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg af van de marktconforme tarieven in Nederland, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot het hoogste tarief.

Nee? Zie 4.

4) **Gedeclareerde tarief**

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waar voor de soort zorg die u gaat krijgen helemaal geen afspraken zijn gemaakt over de tarieven. Er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen. Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief.

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat tarief is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

c. **Volgorde van vergoeding**

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

- 1) Eerst bepalen we welk tarief van toepassing is, zie hierboven onder 11.5.b. In de situaties onder 11.5.b. onder 1) en 2) kan het betekenen dat het gedeclareerde bedrag niet helemaal vergoed wordt;
- 2) Vervolgens kijken we of u voor de behandeling een eigen bijdrage moet betalen. Als dat zo is, staat dat op het Vergoedingen Overzicht. Deze eigen bijdrage vergoeden wij niet;
- 3) We kijken ook of u een gedeelte van de behandeling vergoed krijgt uit de hoofdverzekering. De hoofdverzekering gaat namelijk altijd vóór op een aanvullende zorgverzekering. De verzekeringen waaruit u een vergoeding kunt ontvangen, hebben een bepaalde volgorde:
 - a. eerst de hoofdverzekering;
 - b. dan een algemene aanvullende zorgverzekering. Dat is een aanvullende zorgverzekering, die vergoeding geeft voor vele verschillende soorten zorg;
 - c. tot slot een specifieke aanvullende zorgverzekering. Dat is een aanvullende zorgverzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soorten zorg, zoals bijvoorbeeld een aanvullende zorgverzekering voor mondzorg of voor luxe verpleging in een ziekenhuis.

Wij vergoeden uiteindelijk dat deel dat overblijft na verwerking van gegevens over tarief, (wettelijke) eigen bijdrage, verplicht eigen risico, vrijwillig gekozen eigen risico en zorgverleners zonder overeenkomst.

d. **Maximum vergoeding**

Sommige behandelingen of diensten vergoeden wij beperkt:

- 1) bepaalde behandelingen vergoeden wij éénmalig tijdens de totale periode dat u bij ons bent verzekerd;
- 2) andere behandelingen vergoeden we tot een bepaald maximum bedrag in een bepaalde periode;
- 3) weer andere behandelingen of diensten mogen in een bepaalde periode maar éénmaal of een vast aantal malen plaatsvinden.

Wij geven dit aan bij de betreffende behandelingen of diensten op het Vergoedingen Overzicht of in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. Zodra u het maximaal aantal keren of het maximum bedrag hebt bereikt, vergoeden wij die behandeling niet meer binnen de vastgestelde periode.

Toelichting "Maximum vergoeding":

Een éénmalig maximum bedrag kan voorkomen bij bijvoorbeeld orthodontie, camouflagetherapie of stottertherapie.

Een maximum bedrag over een langere periode dan één jaar kan voorkomen bij voorbeeld bij brillenglazen en/of montuur.

e. **Maximum vergoeding bij wijziging**

De beperkte vergoeding onder 11.5.d. geldt ook als uw aanvullende zorgverzekering wordt gewijzigd, opgeschort, onderbroken of stilzwijgend verlengd. Maakt u kosten die u beperkt vergoed krijgt en sluit

u hierna een andere aanvullende zorgverzekering af waarvoor zo'n beperking geldt, dan:

- 1) telt het bedrag dat u al vergoed hebt gekregen uit uw vorige aanvullende zorgverzekering mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende zorgverzekering;
- 2) telt het aantal behandelingen dat u in uw vorige aanvullende zorgverzekering kreeg mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende zorgverzekering;
- 3) loopt de periode waarbinnen u recht hebt op een beperkte vergoeding door in uw nieuwe aanvullende zorgverzekering.

De beperkte vergoeding geldt ook als in uw aanvullende zorgverzekering de betreffende vergoedingsregel wijzigt. Vergoedingen die eerder zijn gedaan, blijven meetellen.

f. Maximum vergoeding als u niet voor het hele jaar verzekerd bent

Bepaalde behandelingen vergoeden wij tot een bepaald maximum bedrag per jaar. Als uw aanvullende zorgverzekering ingaat of eindigt in de loop van het jaar, verminderen wij dit maximum bedrag niet. U hebt in dat geval dus toch recht op het hele maximum bedrag.

11.6. Zorgadvies en akkoordverklaring

U hebt recht op zorgadvies van ons. Dan weet u of en voor hoever bepaalde zorg of zorgverleners onder de vergoeding vallen van uw aanvullende zorgverzekering. Maar ook met welke zorgverleners wij zorgafspraken hebben gemaakt. U vraagt dat zorgadvies en de akkoordverklaring aan bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of deels onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt. Dat noemen wij akkoordverklaring. Bij de zorgvormen verderop in deze verzekeringsvoorwaarden staat, of daarvoor vrijwillige of verplichte zorgadviesing geldt:

- a. vrijwillige zorgadviesing en akkoordverklaring: wij raden u aan bij twijfel daarvan gebruik te maken. U bent daartoe niet verplicht. Of u dat doet, is uw eigen verantwoordelijkheid;
- b. verplichte zorgadviesing en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat.

Toelichting

1. *De verzekeringsvoorwaarden omschrijven op welke zorg u recht hebt, onder welke voorwaarden en bij welke zorgverleners. Meestal is duidelijk of de zorg die u krijgt, ook onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt. En met zorgverleners hebben we afgesproken, welke zorg in uw aanvullende zorgverzekering is gedekt en dat zij aan u melden als zorg buiten de vergoeding valt. In een aantal gevallen kan dan toch bij u de vraag nog opkomen of sprake is van zorg die wel of niet onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt. Of over de hoogte van het te vergoeden tarief. Wij kunnen u helpen bij de uitleg van de verzekeringsvoorwaarden. En wij kunnen u advies geven over de zorg die u nodig hebt en bij welke zorgverlener u die het beste kunt krijgen. Deze zorgadviesing geeft u vooraf zekerheid over de vergoeding van uw zorg. Want als zorg gedekt is geven wij u een schriftelijke akkoordverklaring. Als u op onze akkoordverklaring afgaat, dan weet u zeker, dat de zorg die u krijgt onder de vergoeding valt en tegen welk tarief dat u deze zorg vergoed krijgt.*
2. *Bij bepaalde vormen van zorg weten wij uit ervaring dat bij verzekerden vaak onduidelijkheid bestaat over vergoeding. De kans is dan erg groot dat de verleende zorg of de ingeschakelde zorgverlener niet of niet helemaal onder de vergoeding van uw zorgverzekering valt. Daarom stellen we voor die zorg onze zorgadviesing en akkoordverklaring vooraf verplicht. U weet dan vooraf of en in hoever uw zorgverzekering vergoeding geeft voor die zorg of zorgverlener. Daarmee worden teleurstellingen achteraf voorkomen.*

11.7. Doorlopende vergoedingen

a. Volgorde van vergoeding

Hebt u naast de inschrijving voor de AWBZ en de hoofdverzekering een aanvullende zorgverzekering afgesloten (bij ons of bij een andere zorgverzekeraar)? U krijgt uw kosten altijd eerst vergoed vanuit de AWBZ of de hoofdverzekering. Pas als de kosten niet of niet meer vanuit de AWBZ of de hoofdverzekering vergoed worden, vergoeden wij deze uit de aanvullende zorgverzekering. De zorg moet natuurlijk wel onder de vergoeding van deze aanvullende zorgverzekering vallen.

b. Voorwaarden voor doorlopende vergoeding

De AWBZ en uw hoofdverzekering vergoeden niet alle zorg volledig. De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering vallen. Dat geldt:

- 1) als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen, en;
- 2) als de vergoeding onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering valt, en;
- 3) als de kosten betrekking hebben op behandelingen die in het pakket zitten van uw hoofdverzekering of de AWBZ, en;
- 4) als de zorg volgens de richtlijnen van uw hoofdverzekering of de AWBZ niet wordt afgewezen, en;
- 5) als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de AWBZ of uw hoofdverzekering, en;
- 6) als wij een originele schriftelijke verklaring van de AWBZ of de (zorg)verzekeraar van de hoofdverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de nota die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgewikkeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afwikkeling. Er staat bijvoorbeeld in hoeveel u wel en hoeveel u niet vergoed krijgt voor de behandeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd, bijvoorbeeld een verrekening met uw eigen risico, een inhouding in verband met een eigen bijdrage of de overschrijding van een maximum bedrag of aantal behandelingen.

c. Uitsluitingen

Er zijn kosten die niet onder de vergoeding van uw aanvullende zorgverzekering vallen. Dat zijn:

- 1) kosten die niet vergoed worden, omdat deze onder het eigen risico van de hoofdverzekering vallen;
- 2) kosten die uitgaan boven het tarief, dat wij als uitgangspunt nemen voor vergoeding (zie artikel 11.5.);
- 3) kosten die u vergoed krijgt uit de hoofdverzekering of de AWBZ;
- 4) kosten die in rekening worden gebracht door middel van een voorschotnota.

11.8. Geen eigen risico voor aanvullende zorgverzekering

Voor de zorg die onder de vergoeding van een aanvullende zorgverzekering valt, geldt geen eigen risico.

11.9. Betaling aan de zorgverlener

a. Uw toestemming voor afspraken met zorgverleners

U hebt bij ons een of meer aanvullende zorgverzekeringen afgesloten. U aanvaardt daarmee deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. Daarmee geeft u ons toestemming om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen van verzekerde zorg. We kunnen met hen onder andere afspreken dat zij de rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. Uw tussenkomst is dan niet nodig. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener of leverancier een rekening voor verzekerde zorg ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, betalen wij die rekening dus rechtstreeks aan die zorgverlener of leverancier. Daarmee vervalt onze plicht de kosten aan u te vergoeden.

b. Uw toestemming voor terugvorderen van teveel betaalde bedragen

Het kan voorkomen dat wij aan een zorgverlener of leverancier meer vergoeden dan wij volgens de wet of volgens het tarief dat wij met de zorgverlener of leverancier hebben afgesproken verplicht zijn te vergoeden. In dat geval gaan we er vanuit dat u aan ons toestemming heeft gegeven om het teveel betaalde bedrag bij de zorgverlener of leverancier terug te kunnen vorderen.

c. Uw betaling als wij de zorgverlener teveel betalen

Het kan voorkomen dat wij de zorgverlener of leverancier meer betalen dan het bedrag waarop u recht hebt volgens uw Vergoedingen Overzicht en de Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekeringen. Bijvoorbeeld doordat een eigen bijdrage of maximum vergoeding geldt.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

U bent verplicht ons het verschil te betalen. U betaalt ons dit verschil op de wijze waarop u uw premie betaalt. Bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro. Als u een aanvullende Internetzorgverzekering hebt afgesloten, betaalt u dit verschil via automatische incasso.

11.10. Vergoeding in Nederlandse muntsoort

Als u kosten maakt in het buitenland, vergoeden wij deze in het Nederlands wettige betaalmiddel. Wij maken gebruik van de verrekeningskoers die in Nederland geldt op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

11.11. Cessie, verhaalsmogelijkheden en schadevergoeding

a. Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten van zorg die wij hebben vergoed uit uw aanvullende zorgverzekering(en). Vanaf het moment dat uw aanvullende zorgverzekering geldig is, draagt u de eventuele vorderingen die u van derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om die vorderingen die als kosten onder de aanvullende zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

b. Melden van aansprakelijke derden

Het kan gebeuren dat u door omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen direct of later (mogelijk) een of meer behandelingen moet ondergaan die u vergoed zou moeten krijgen uit uw aanvullende zorgverzekering. Als derden voor deze omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen aansprakelijk gesteld kunnen worden, moet u dit direct en uiterlijk binnen veertien dagen aan ons melden.

c. Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen voor kosten. Het gaat om kosten die op grond van uw aanvullende zorgverzekering(en) voor vergoeding in aanmerking komen of die wij al hebben vergoed. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

d. Schadevergoeding

Als u uw verplichtingen die genoemd zijn in dit artikel niet nakomt, kunnen wij:

1. de kosten van zorg die wij al aan u vergoed hebben, terugvorderen;
2. de vergoeding van nota's die we nog moeten ontvangen, opschorten;
3. u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die direct of indirect het gevolg zijn van het niet nakomen van uw verplichtingen.

11.12. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk hebben bevestigd. Wij gaan er vanuit, dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende adres u hebben bereikt.

11.13. Omzetbelasting

Als u omzetbelasting in rekening wordt gebracht door een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, vergoeden wij ook deze omzetbelasting.

12. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

Tarieven

Voor medisch-specialistische zorg die wij vergoeden uit de aanvullende zorgverzekering, geldt geen wettelijke maximum tarief. Dit tarief wordt bepaald door de medisch-specialist. In veel gevallen maken wij met medisch-specialisten en instellingen van medisch-specialistische zorg afspraken tot welke tarieven wij maximaal vergoeden. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze

internetsite.

12.1. Sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de sterilisatie van man of vrouw. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u de sterilisatie uit wil laten voeren door een huisarts moet u vooraf bij ons navragen welke huisarts bevoegd is.

Toelichting

Wees erop bedacht, dat in Nederland tarieven voor sterilisatie erg uiteen kunnen lopen. U loopt daardoor de kans dat u een behoorlijk bedrag zelf moet betalen. Neem daarom vooraf contact met ons op.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist of huisarts.

Plaats

De sterilisatie vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- 2) een door ons erkend of gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum (dagbehandeling en polikliniek);
- 3) de huispraktijk van de medisch-specialist of huisarts;
- 4) een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

12.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.2. Ongedaan maken van sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het ongedaan maken van de sterilisatie van man of vrouw. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.2.2. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts.

Plaats

De zorg vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum);
- 2) een door ons erkende of gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum (dagbehandeling en polikliniek).

12.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.3. Correctie van de oorstand (flaporen)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een correctie van de oorstand (flaporen) door middel van plastische chirurgie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.3.2. Voorwaarden

Algemeen

Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.

Plaats

De zorg vindt plaats in:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- 2) een door ons erkende of gecontracteerde zelfstandig behandelcentrum (dagbehandeling en polikliniek).

12.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.4. Gezichtsscherptebehandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een correctie van gezichtsscherpte door ooglaserbehandeling tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode. Wij beschouwen deze ooglaserbehandeling niet als een cosmetische behandeling. Hoe hoog het bedrag is en hoelang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Bij de meeste aanvullende zorgverzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen van de rubriek Hulpmiddelenzorg (artikel 15.7.). In het Vergoedingenoverzicht van uw aanvullende zorgverzekering kunt u zien of dat het geval is.

12.4.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U krijgt de behandeling niet vergoed uit de hoofdverzekering.
- b. U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.
- c. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

Een medisch-specialist (oogarts) voert de behandeling uit.

Plaats

De behandeling vindt plaats in:

- a. een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- b. een door ons erkend of gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum (dagbehandeling en polikliniek);
- c. een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

12.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.5. Besnijdenis (circumcisie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.5.1. Zorg die wij vergoeden

Bij een mannelijke verzekerde vergoeden wij:

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

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Een medische noodzakelijke besnijdenis wordt aan ons gemeld door de behandelend medisch-specialist (uroloog). Op basis van deze melding wordt de vergoeding verleend voor een medisch noodzakelijke besnijdenis. Als wij geen melding ontvangen, vergoeden wij op basis van een besnijdenis die plaatsvindt om andere redenen.
- b. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.
- c. de huisarts / andere instelling brengt de kosten in rekening die wij overeengekomen zijn.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist of daartoe bevoegde huisarts.

Plaats

De besnijdenis vindt plaats in of bij:

- 1) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis);
- 2) een erkende instelling voor medisch-specialistische zorg (Z.B.C.);
- 3) een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg;
- 4) de lokatie van de praktijk van de huisarts, die de besnijdenis uitvoert.

Voorbeeld

Voorbeelden van de instellingen die wij onder 3) bedoelen zijn vestigingen van Besnijdenis Centrum Nederland, Besnijdenis Kliniek Nederland, Stichting Al Gitaan en Besnijdenis Centrum Amsterdam.

12.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.6. Correctie van bovenoogleden

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden bij een ernstige gezichtsveldbeperking. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.6.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het verslachte bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt.
- b. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij verlangen van u dat u bij uw aanvraag voor zorgadvies een recente kleurenfoto doet, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Deze foto wordt door uzelf gemaakt of door een instelling voor medisch-specialistische zorg.

Zorgverlener

Een oogarts of plastisch chirurg voert de behandeling uit.

Plaats

De correctie van de bovenoogleden vindt plaats in:

- a. een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- b. een door ons erkende of gecontracteerde Z.B.C. (instelling voor medisch-specialistische zorg) (dagbehandeling en polikliniek);
- c. een andere instelling die wij hebben erkend voor het verlenen van deze zorg.

12.6.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de foto's die u met de aanvraag voor zorgadvies naar ons moet insturen.

12.6.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.7. Prenatale screening

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden aan een vrouwelijke verzekerde de kosten van een niet-medisch noodzakelijke prenatale screening. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Toelichting

Onder prenatale screening verstaan wij onder andere:

- a. één combinatietest om het syndroom van Down op te sporen. De combinatietest bestaat uit een nekplooiemeting (ook wel: NT-meting);
- b. een bijbehorende kansbepalende bloedtest;
- c. een vruchtwaterpunctie;
- d. een geavanceerd ultrageluid;
- e. een prenatale genotypering.

12.7.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U bent een vrouwelijke verzekerde jonger dan 36 jaar en de prenatale screening is medisch niet noodzakelijk maar vindt plaats op uw verzoek. Bent u 36 jaar of ouder of is bij u een prenatale screening medisch noodzakelijk, dan worden de kosten van een prenatale screening vergoed uit uw hoofdverzekering;
- b. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De prenatale screening wordt uitgevoerd door een huisarts, verloskundige of medisch-specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening.

12.7.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.8. Cosmetische behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.8.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor medisch-specialistische zorg waar het gaat om cosmetische behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.8.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. De maximale vergoeding geldt over de hele periode dat u bij ons een aanvullende zorgverzekering hebt, waarin deze vergoeding voorkomt.
- b. De maximum vergoeding die op uw Vergoedingen Overzicht staat, geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.
- c. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening door middel van een nota met vermelding van de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Zorgverlener

Een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

12.8.3. Uitsluitingen

Wij beschouwen een correctie van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling niet als een cosmetische behandeling. Wij vergoeden onder dit artikel dus niet de kosten van ooglaserbehandeling. Zie artikel 12.4. voor vergoeding van gezichtsscherpte door ooglaserbehandeling

12.8.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.9. Behandeling tegen snurken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.9.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor medisch-specialistische zorg waar het gaat om behandeling tegen snurken. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.9.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

12.9.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen tegen snurken.

12.9.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.10. Vervanging van borstprothese

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

12.10.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor medisch-specialistische zorg (plastische chirurgie) waar het gaat om vervanging van een of beide borstprothese(n). Hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

12.10.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Er is sprake van een medische noodzaak voor het operatief vervangen van (een) borstprothese(n) die is ingebracht in een andere situatie dan na een borstamputatie.

Toelichting

Als na een borstamputatie een borstprothese is ingebracht en die na verloop van tijd om medische redenen moet

worden vervangen, wordt dat uit de hoofdverzekering vergoed.

- b. Een instelling voor medisch-specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-prestatiecode.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. De aanvraag is voorzien van een schriftelijke verklaring van de behandelend medisch-specialist, waaruit de medische noodzaak voor de behandeling blijkt.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch-specialistische zorg of een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

12.10.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

12.11. Uitsluitingen

De volgende kosten voor medisch-specialistische zorg vergoeden wij niet, ongeacht of deze zijn gemaakt voor de (behandelde) verzekerde of anderen:

- a. Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis).

13. PREVENTIE

13.1. Preventieve injecties

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

13.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van preventieve injecties tegen:

- a. griep (influenza);
b. meningococcon.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

13.1.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. De preventieve injectie is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig.
b. De preventieve injectie is bedoeld om een ziekte te voorkomen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

De preventieve injectie tegen meningococcon is door een arts, bedrijfsarts of G.G.D.-arts voorgeschreven.

Leverancier

Een apotheek, G.G.D. of door ons gecontracteerde leverancier levert de entstof van de preventieve injecties.

13.1.3. Uitsluitingen

Injecties die zijn gegeven of hadden moeten worden gegeven op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's vergoeden wij niet.

13.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

13.2. Preventieve onderzoeken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

13.2.1. Zorg die wij vergoeden

Om een ziekte te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen, vergoeden wij preventieve onderzoeken. Hieronder verstaan wij:

- a. 1) onderzoeken naar hart en bloedvaten en naar risicofactoren voor deze aandoeningen;
2) periodiek geneeskundig onderzoek;
- b. onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

13.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het preventieve onderzoek is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig, maar gericht op aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is;
- b. u hebt zelf het preventieve onderzoek bij de huisarts aangevraagd omdat u dat wenst.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een voorschrift is niet vereist.

Zorgverlener

Het preventieve onderzoek van artikel 13.2.1. onder a. wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgverlener of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Het preventieve onderzoek van artikel 13.2.1. onder b. wordt uitgevoerd door een door ons erkende en gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.

Toelichting:

Voor preventieve onderzoeken is geen voorschrift nodig van een arts of medisch specialist. Het zijn onderzoeken die plaatsvinden omdat u er zelf om vraagt. Daar kunt u uit afleiden dat deze preventieve onderzoeken niet medisch noodzakelijk of aangewezen zijn.

13.2.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. zelftesten;
- b. (preventieve) onderzoeken in het kader van programmatische preventie;
- c. (preventieve) onderzoeken, die medisch noodzakelijk of aangewezen zijn en die vallen onder de vergoeding van de hoofdverzekering;
- d. (preventieve) onderzoeken waarvoor een vergunning vereist is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
- e. (preventieve) onderzoeken die naar hun aard of in de uitvoering in strijd met de wet zijn;
- f. (preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 23.2. "Sportmedisch advies";
- g. beeldvormende diagnostiek (met name Total Body Scan);
- h. werkplek onderzoeken;
- i. keuringen gericht op arbeidsintegratie;

- j. beroepskeuringen die wettelijk verplicht zijn of gebaseerd zijn op een collectieve arbeidsovereenkomst (C.A.O.).

13.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

13.3. Medische screening bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

13.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het preventieve onderzoek (medische screening) bij adoptiekinderen die afkomstig zijn uit het buitenland. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

13.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende zorgverzekering hebben afgesloten. Deze verzekerde wordt de adoptiefouder;
- b. Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- c. Het preventieve onderzoek is niet onnodig kostbaar of ondoelmatig;
- d. De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- e. Het te adopteren kind is afkomstig uit het buitenland;
- f. Het preventieve onderzoek (medische screening) is voor de aanstaande adoptiefouder(s) een verplicht onderdeel van het adoptieproces.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Het preventieve onderzoek wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener of zorginstelling, die in het adoptieproces is aangewezen.

13.3.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. een preventief onderzoek van uw adoptiekind dat u zelf aanvraagt omdat u dat zelf wenst, terwijl dat preventieve onderzoek niet een verplichte voorwaarde voor de adoptie is;
- b. preventieve onderzoeken van het adoptiekind, nadat de adoptie heeft plaatsgevonden.

13.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

14. GENEESMIDDELEN

Wij maken een onderverdeling in:

- Algemene informatie (artikel 14.1.);
- Eigen bijdragen geneesmiddelen (artikel 14.2.);
- Geneesmiddelen bij erectiestoornissen (artikel 14.3.);
- Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen (artikel 14.4.);
- Overige geneesmiddelen (artikel 14.5.).

14.1. Algemene informatie

14.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) opgesteld. Uit het GVS heeft de minister geneesmiddelen aangewezen waar u recht op kunt hebben op grond van uw hoofdverzekering (Zorgverzekering). Deze lijst noemen wij Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Sommige geneesmiddelen die in Bijlage 1 zijn opgenomen, vergoeden wij niet helemaal. Deze geneesmiddelen hebben dan een eigen bijdrage (zie artikel 14.1.2.). Voor sommige geneesmiddelen gelden extra voorwaarden (zie artikel 14.1.3.).

Toelichting

De Regeling zorgverzekering met Bijlagen vindt u op www.overheid.nl.

14.1.2. Eigen bijdrage

Het GVS is zo opgesteld, dat voor elke verzekerde genoeg goede geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat hij hiervoor moet bijbetalen. In het GVS is een verdeling gemaakt tussen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare geneesmiddelen.

a. Onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die:

- een vergelijkbare werking hebben en op dezelfde manier worden toegediend of;
- bij dezelfde soort indicatie worden gebruikt en in het algemeen voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

De onderling vervangbare geneesmiddelen zijn in groepen opgenomen in het GVS. Voor elke groep geneesmiddelen heeft de minister een vergoedingslimiet vastgesteld. Dat is de prijs die wij vergoeden. Is het middel dat u krijgt uit die groep geneesmiddelen duurder, dan betaalt u de meerprijs zelf als eigen bijdrage. U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek een geneesmiddel, waar een eigen bijdrage voor geldt, verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt geneesmiddel).

b. Niet onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze geneesmiddelen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij helemaal.

14.1.3. Extra voorwaarden

a. Indicatie

Voor sommige geneesmiddelen uit Bijlage 1 gelden extra voorwaarden die te maken hebben met de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Dit kan ook voor dieetpreparaten gelden. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In onze "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf" staan de geneesmiddelen van Bijlage 2 waarbij wij vooraf toetsen of u aan de voorwaarden voldoet. Het kan voorkomen dat deze lijst tussentijds wijzigt. Wij laten dit schriftelijk aan u weten, ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

b. Plaats van toediening

Voor sommige geneesmiddelen uit Bijlage 1 gelden extra voorwaarden die te maken hebben met de plaats van toediening. Het gaat om geneesmiddelen die een apotheek levert, maar die normaal gesproken in het ziekenhuis worden toegediend.

Voorwaarden voor toediening in de thuissituatie:

- er is een medische noodzaak voor toediening thuis en/of

- regelmatige toediening in een ziekenhuis is niet mogelijk binnen een redelijke afstand van de woonplaats en;
- het geneesmiddel kan op een verantwoorde manier in de thuissituatie worden toegediend.

De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

De geneesmiddelen waarvoor dit geldt, staan op de "lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Deze lijst kunt u bij ons opvragen en staat ook op onze internetsite. Het kan voorkomen dat deze lijst tussentijds wijzigt. Wij laten dit schriftelijk aan u weten, ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

c. Europees geregistreerde geneesmiddelen buiten het GVS

Hiervoor geldt:

- er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie;
- geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- er is geen behandeling mogelijk met een in Nederland geregistreerd geneesmiddel of magistrale bereiding waarbij sprake is van een rationele farmacotherapie. De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

14.1.4. Onze voorkeursgeneesmiddelen

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen (zie artikel 14.1.2.a.) mogen wij één of meerdere middelen aanwijzen als voorkeursgeneesmiddel. Dit doen wij om de zorgkosten zo laag mogelijk te houden. Deze voorkeursgeneesmiddelen kiezen wij op basis van de laagste prijs.

Er blijft minimaal één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Onze voorkeursgeneesmiddelen staan op onze internetsite. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten; ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Toelichting "Merknaam of werkzame stof"

De werkzame stof die in een geneesmiddel zit, bepaalt de werking van een geneesmiddel. Vaak zijn er meerdere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Deze geneesmiddelen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Huisartsen hebben met de minister afgesproken dat zij zoveel mogelijk de naam van de werkzame stof op het recept zetten, in plaats van de merknaam van het geneesmiddel. De apotheker kiest vervolgens welk merk geneesmiddel met diezelfde stof u krijgt.

Als wij voor een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen één of meerdere voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. Het kan voorkomen dat de zorgverlener die het geneesmiddel voorschrijft het medisch noodzakelijk vindt dat u een ander geneesmiddel gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. Als de voorschrijver op het recept aangeeft dat er een medische noodzaak is, hebt u recht op een ander geneesmiddel uit het GVS met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen.

14.1.5. Recepten

a. Maximale leveringsperiode

U hebt recht op de levering van geneesmiddelen per voorschrift/recept voor maximaal een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per geneesmiddel anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift/recept gelden, zijn:

- vijftien dagen: voor een geneesmiddel dat nieuw voor u is;
- vijftien dagen: voor een geneesmiddel tegen acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- dertig dagen: voor slaapmiddelen (hypnotica) en geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);

- drie maanden: voor geneesmiddelen voor de behandeling van een chronische ziekte;
- twaalf maanden: voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- één maand: in andere gevallen.

Als een geneesmiddel in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

b. Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze geneesmiddelen hoeft u maar één keer voorgeschreven te krijgen. U hoeft niet steeds bij uw arts om een nieuw recept te vragen, maar u kunt rechtstreeks contact opnemen met uw apotheek. Wij vergoeden per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

14.1.6. Geneesmiddelen uit het buitenland

Haalt u een geneesmiddel uit het buitenland? Als u een rekening van dit geneesmiddel naar ons instuurt, moet u meesturen:

- het recept en
- de bijsluiter/sticker met de naam en prijs van het geneesmiddel (vignette).

14.1.7. Uitsluitingen

De volgende (kosten van) zorg vergoeden wij niet, tenzij in dit artikel 14. een vergoeding is beschreven waarvoor u aanvullend verzekerd bent volgens uw Vergoedingen Overzicht:

- geneesmiddelen die u vergoed krijgt uit de AWBZ of de hoofdverzekering;
- alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
- versterkende middelen, vermageringsmiddelen, voedingssupplementen, voedingspreparaten en vitaminepreparaten, ook al is sprake van een (geregistreerd) geneesmiddel;
- geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
- kosten van geneesmiddelen die hoger zijn dan in het GVS is geregeld (uw eigen bijdrage). Als wij in de voorwaarden bepalen dat wij deze eigen bijdrage wel vergoeden, mogen wij dat alleen doen als de geneesmiddelen zelf ook worden vergoed. Worden de geneesmiddelen niet vergoed (zie bijvoorbeeld uitsluiting b.), dan mogen wij ook de eigen bijdragen niet vergoeden;
- geneesmiddelen die niet in het GVS zijn opgenomen;
- zelfzorggeneesmiddelen (niet-WTG geneesmiddelen), voor zover zij volgens de Regeling Zorgverzekering ook niet vergoed worden;
- geneesmiddelen die door de overheid voor subsidie of overheidsfinanciering in aanmerking komen;
- geneesmiddelen die niet door ons zijn aangewezen;
- zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen;
- geneesmiddelen die voor andere indicaties worden gebruikt dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;
- middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid;
- bijkomende kosten zoals administratie- of verzendkosten;
- geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door de behandelend medisch specialist tijdens uw opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) maar bestemd zijn voor gebruik na uw ontslag uit het ziekenhuis, tenzij deze naar onze mening redelijkerwijs niet kunnen worden toegediend in het ziekenhuis.

14.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

14.2.1. Zorg die wij vergoeden

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Voor bepaalde geneesmiddelen krijgt u volgens het GVS een gedeeltelijke vergoeding uit uw hoofdverzekering (Zorgverzekering). Er blijft een bedrag over dat u zelf moet betalen, de eigen bijdrage, zie artikel 14.1.2.

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf voor geneesmiddelen moet betalen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

14.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Uw hoofdverzekering vergoedt het geneesmiddel gedeeltelijk. Op grond van het GVS betaalt u een eigen bijdrage voor dat geneesmiddel;
- b. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor geneesmiddelen, zie artikel 14.1.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, tandarts of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Leverancier

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

14.2.3. Uitsluitingen

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten niet, omdat hierbij geen sprake is van een eigen bijdrage. Het gaan dan om kosten die u zelf moet betalen, omdat:

- het geneesmiddel niet is opgenomen in het GVS;
- u niet voldoet aan de voorwaarden van bijlage 2: geneesmiddelen.

14.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

14.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kosten voor geneesmiddelen bij erectiestoornissen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

14.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. De geneesmiddelen zijn geregistreerd op grond van de Geneesmiddelenwet;
- b. De geneesmiddelen zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-index;
- c. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor geneesmiddelen, zie artikel 14.1.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch-specialist.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

14.4. Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

14.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. De totale vergoeding die staat vermeld, geldt voor alternatieve behandelingen (zie artikel 18.) én geneesmiddelen samen.

14.4.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U bent mannelijk verzekerde
- b. De geneesmiddelen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen;
- c. De geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-Index;
- d. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor geneesmiddelen, zie artikel 14.1.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener schrijft de geneesmiddelen voor. De behandeling van de voorschrijver is verzekerd volgens uw hoofdverzekering of aanvullende zorgverzekering.

Leverancier

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

14.4.3. Uitsluitingen

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet als alternatief geneesmiddel:

- a. Middelen die (nog) niet zijn geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen volgens de Geneesmiddelenwet;
- b. Zelfzorggeneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering ook niet voor vergoeding in aanmerking komen;
- c. Homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die door een alternatief genezer geleverd zijn.

14.5. Overige geneesmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

14.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden geneesmiddelen die volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) niet worden vergoed. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld

Wij vergoeden geneesmiddelen die u niet vergoed krijgt vanuit de Zorgverzekeringswet. Het gaan dan bijvoorbeeld om:

- *geneesmiddelen die niet door de minister van VWS zijn aangewezen om voor vergoeding in aanmerking te komen;*
- *geneesmiddelen waarbij u geen recht hebt op vergoeding omdat u niet voldoet aan de extra voorwaarden;*
- *bereidingen van geneesmiddelen die beschouwd worden als niet-rationele geneesmiddelen.*

14.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het gaat om een geneesmiddel. Dat geneesmiddel hoeft niet geregistreerd te zijn.
- b. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor geneesmiddelen, zie artikel 14.1.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, tandarts of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.

Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

14.5.3. Uitsluitingen

- a. Geneesmiddelen die wij niet vergoeden vanwege het voorkeursbeleid dat wij voeren (zie artikel 14.1.) vergoeden wij ook niet onder dit artikel;
- b. Cosmetische producten, zoals Vichy producten;
- c. Verzorgingsproducten, zoals zepen en badolieën.

15. HULPMIDDELENZORG

15.1. Hulpmiddelenzorg algemeen

15.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij geven een vergoeding van de kosten van hulpmiddelen. Deze vergoeding is:

- a. een aanvullende vergoeding van de kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals die door de overheid genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Wij gaan daarbij uit van de maximumbedragen en eigen bijdragen die daarin genoemd zijn;
- b. een zelfstandige vergoeding van de kosten van (hulp)middelen, die buiten de Regeling zorgverzekering vallen en waarvoor u op grond van de hoofdverzekering geen vergoeding krijgt.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.1.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Als sprake is van hulpmiddelen waarvoor uw aanvullende zorgverzekering een aanvullende vergoeding kan geven voldoet u aan de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelenzorg. Deze voorwaarde geldt niet als wij hiervan afwijken in deze voorwaarden of in uw Vergoedingen Overzicht;
- b. Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig ingewikkeld. Wij beoordelen of dat zo is.;

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als sprake is van hulpmiddelen waarvoor uw aanvullende zorgverzekering een aanvullende vergoeding kan geven, hebben wij in het Reglement Hulpmiddelenzorg per hulpmiddel aangegeven of wij u vooraf akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Voor de andere hulpmiddelen geven wij u in deze verzekeringsvoorwaarden aan, of wij u vooraf akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring nadere voorwaarden verbinden.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Het hulpmiddel of verbandmiddel is voorgeschreven, zoals wij dat in ons Reglement Hulpmiddelen of deze verzekeringsvoorwaarden voor het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel hebben aangegeven.

Leverancier

Het hulpmiddel of verbandmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen leverancier. Dit kan per hulpmiddel anders zijn.

Plaats

Het hulpmiddel wordt afgeleverd:

- 1) op de locatie van de leverancier die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel of verbandmiddel;
- 2) op uw woonadres;
- 3) op een andere locatie die u en de leverancier overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

15.1.3. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet:

- a. Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling;
- b. Hulpmiddelen en verbandmiddelen die u vergoed krijgt uit de AWBZ of WMO;
- c. De normale gebruikskosten van het hulpmiddel. Hieronder verstaan wij o.a. de kosten van energieverbruik en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dat in de Regeling zorgverzekering, het Reglement Hulpmiddelen of deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.
- d. kosten die met het verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico van uw hoofdverzekering worden verrekend, behalve als op het Vergoedingen Overzicht staat dat u ook daarvoor verzekerd bent;
- e. kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

15.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.2. Orthopedische schoenen en aangepaste confectieschoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering (zie ook het reglement Hulpmiddelen) zelf moet betalen voor:

- a. orthopedische maatwerkschoenen;
- b. confectieschoenen waarop een aanpassing gemaakt moet worden.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. De orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing aan de confectieschoenen, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering.

15.2.3. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet als eigen bijdrage uit de hoofdverzekering:

- a. kosten die met het verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico van uw hoofdverzekering worden verrekend, behalve als op het Vergoedingen Overzicht staat dat u ook daarvoor verzekerd bent;
- b. kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een

lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

15.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.3. Verbandschoenen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor verbandschoenen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.3.2. Voorwaarden

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

15.3.3. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet als eigen bijdrage uit de hoofdverzekering:

- a. kosten die met het verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico van uw hoofdverzekering worden verrekend, behalve als op het Vergoedingen Overzicht staat dat u ook daarvoor verzekerd bent;
- b. kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

15.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.4. Pruik of andere hoofdbedekking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor een pruik. In plaats van een pruik kunnen wij ook een andere vorm van hoofdbedekking vergoeden, zoals bijvoorbeeld een pet, muts, bandana of mutssja.

Wat en hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.4.2. Voorwaarden

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

15.4.3. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet als eigen bijdrage uit de hoofdverzekering:

- a. kosten die met het verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico van uw hoofdverzekering worden verrekend, behalve als op het Vergoedingen Overzicht staat dat u ook daarvoor verzekerd bent;
- b. kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een

lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

15.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.5. Hoortoestellen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (een deel van) de eigen bijdrage die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor gehoorhulpmiddelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.5.2. Voorwaarden

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

15.5.3. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet als eigen bijdrage uit de hoofdverzekering:

- a. kosten die met het verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico van uw hoofdverzekering worden verrekend, behalve als op het Vergoedingen Overzicht staat dat u ook daarvoor verzekerd bent;
- b. kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

15.5.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.6. Plaswekker

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een plaswekker met noodzakelijke toebehoren voor:

- a. koop;
- b. huur.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.6.2. Voorwaarden

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

Voorschrift

De plaswekker is voorgeschreven door huisarts, huisartsvoorziening, G.G.D.-arts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist.

Leverancier

U koopt of huurt de plaswekker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

15.6.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.7. Gezichtshulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur dat u tegelijk met brillenglazen aanschaft.

Vergoedingsperiode

Op uw Vergoedingen Overzicht staat vermeld tot welk maximumbedrag wij binnen een bepaalde periode vergoeden.

Een periode omvat hele kalenderjaren en begint met het jaar waarin u voor de eerste keer een gezichtshulpmiddel ontvangt en de definitieve nota (niet een eerdere voorschotnota) hiervoor betaalt of waarin u de eerste medisch-specialistische zorg voor de gezichtsscherptebehandeling krijgt die onder de vergoeding van de aanvullende zorgverzekering valt.

Bij sommige aanvullende zorgverzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen (artikel 12.4.) onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen. In het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering kunt u zien of dat het geval is.

Als u gedurende een periode uw aanvullende zorgverzekering wijzigt naar een andere aanvullende zorgverzekering waarin u ook recht hebt op een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen en/of medisch-specialistische zorg voor de gezichtsscherptebehandeling, telt de verleende vergoeding op grond van uw oude aanvullende zorgverzekering mee onder uw nieuwe aanvullende zorgverzekering. Zie hiervoor artikel 11.5.e.

15.7.2 Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. Het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- c. De maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

Leverancier

U koopt de gezichtshulpmiddelen bij de opticien of via een internetleverancier.

Voorbeeld 1

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2010 een aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren.

U bestelt een bril, waarvan de brillenglazen in totaal € 230,- kosten. Deze haalt u op en betaalt u op 7 juni 2010. U dient de nota bij ons in. De periode waarin de vergoeding plaatsvindt, loopt van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012. Wij betalen u € 100,-. Voor uw rekening blijft dus € 130,-. Bijna anderhalf jaar later (eind 2011) laat u zich nieuwe glazen aanmeten. Deze kosten € 275 en die haalt u op 15 november 2011 op. Omdat u in de periode van 2 jaar (lopend van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012) van ons al een nota voor brillenglazen vergoed hebt gekregen (namelijk de nota van de aflevering op 7 juni 2010), vergoeden wij deze nota van € 275,- niet.

Voorbeeld 2

Stel: u hebt al vanaf 1 januari 2003 een aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- in twee jaren. U hebt nog nooit een rekening voor brillenglazen en contactlenzen bij ons ingediend tot 25 juli 2009. Op die datum koopt u contactlenzen voor € 310,-. U krijgt hiervoor € 200,- vergoed. Sinds 1 januari 2003 zijn er al meer

dan 6 jaren verstreken zonder dat u een rekening bij ons hebt ingediend. Maar het is dan niet zo dat u dan nog recht hebt op driemaal de maximumvergoeding van € 200,-. Er geldt namelijk geen spaarsysteem. De eerste periode van 2 jaren gaat voor u in dit geval dus in op 1 januari 2010.

Voorbeeld 3

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2009 een aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren. Dat bedrag hebt u in 2009 helemaal opgemaakt. U kiest vanaf 1 januari 2010 een andere aanvullende zorgverzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- binnen een periode van 2 jaren. In 2010 koopt u nieuwe brillenglazen voor € 250,-. U krijgt in dat geval niet € 200,- vergoed maar € 100,-. Uw vergoeding uit uw eerste aanvullende zorgverzekering (€ 100,-) gaat af van het maximum vergoedingsbedrag van uw nieuwe aanvullende zorgverzekering (€ 200,-).

15.7.3. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet:

- a. brillmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschaf;
- b. niet-optische middelen als lenzenvloeistof, brillenkokers of brillenkoordjes;
- c. servicecontracten en verzekeringen met betrekking tot gezichtshulpmiddelen;
- d. optische middelen niet op sterkte, zoals zonnebrillen of contactlenzen op kleur;
- e. het slijpen en/of overzetten van brillenglazen;
- f. bijkomende kosten zoals aanmeetkosten, administratiekosten of verzendkosten.

15.7.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.8. Steunzolen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.8.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de aanschaf en reparatie van steunzolen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximum bedrag dat hier genoemd staat, geldt voor steunzolen én hulpmiddelen voetbehandeling (zie artikel 15.9.) samen.

15.8.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. Het betreft individueel vervaardigde steunzolen.

Voorschrift

Een arts schrijft de steunzolen voor.

Leverancier

De orthopedisch schoenmaker, de orthopedisch instrumentmaker, de prothesemaker of de orthesemaker die de steunzolen maakt, is door ons erkend of gecontracteerd.

15.8.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de consulten voor het aanmeten, corrigeren en afleveren van de steunzolen.

15.8.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.9. Hulpmiddelen voetbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.9.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de aanschaf en reparatie van hulpmiddelen voetbehandeling. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximum bedrag dat hier genoemd staat, geldt voor hulpmiddelen voetbehandeling én steunzolen (zie artikel 15.8.) samen.

Toelichting:

Hulpmiddelen voetbehandeling zijn bijvoorbeeld ook zooltjes, tape, drukverband, nagelprotheses en nagelbeugels.

15.9.2 Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. U bent aanvullend verzekerd voor de behandeling door een podotherapeut, podoloog of pedicure op grond waarvan de hulpmiddelen voetbehandeling zijn voorgeschreven en geleverd;

Voorschrift

Een podotherapeut, podoloog of pedicure schrijft de hulpmiddelen voetbehandeling voor omdat ze een onderdeel zijn van een behandeling.

Zorgverlener

De hulpmiddelen voetbehandeling worden door een podotherapeut, podoloog of pedicure geleverd.

15.9.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.10. Thuisbewakingsmonitor

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.10.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van bruikleen van een thuisbewakingsmonitor voor:

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

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.10.2. Voorwaarden

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Dat geldt ook voor verlenging van de bruikleenperiode.

Voorschrift

Een kinderarts schrijft de thuisbewakingsmonitor en de eventuele verlenging van de bruikleenperiode voor.

15.10.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in

Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.11. ADL-Hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.11.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden hulpmiddelen voor de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen, dit zijn ADL-hulpmiddelen. U kunt terecht bij een ergotherapeut die u kan adviseren bij uw zorgvraag. De ergotherapeut zal een keuze maken uit de beschikbare ADL hulpmiddelen en aangeven welke van deze hulpmiddelen bij ons kunt declareren. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld

Denk bijvoorbeeld aan aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

15.11.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of neurologische stoornis van langdurige aard.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een ergotherapeut schrijft de ADL-hulpmiddelen voor. In dit voorschrift worden de voorgeschreven middelen genoemd.

Zorgverlener

De levering vindt plaats door een door ons erkende leverancier of medische speciaalzaak.

15.11.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.12. Verzorgingsartikelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.12.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden verzorgingsartikelen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.12.2. Voorwaarden

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts schrijft de verzorgingsartikelen voor.

15.12.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.13. Huur hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.13.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden bovenop de vergoeding uit de hoofdverzekering, de kosten voor verlenging van de huur van hulpmiddelen. Voor welke periode wij de verlengde huur vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.13.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- b. De uitleenperiode van deze hulpmiddelen is verstreken;
- c. Er is sprake van een verwacht kortdurend gebruik (bijvoorbeeld bij een terminale situatie).

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en (voor beide periodes) een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

Zorgverlener

Een uitleeninstantie stelt de hulpmiddelen ter beschikking, zoals wettelijk is bepaald.

15.13.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.14. Steunpessarium

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.14.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en van het plaatsen daarvan. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.14.2. Voorwaarden

Algemeen

Het steunpessarium is nodig in geval van een verzakking.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Het steunpessarium is voorgeschreven door een huisarts.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

Het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts.

15.14.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijk tarief, het marktconforme bedrag in Nederland of het in rekening gebrachte bedrag. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.15. Teststrips diabetespatiënten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.15.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips na gebruik van de digitale diabetespas. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.15.2. Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen";
- U bent een diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline;
- U maakt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel 'Diabetes Pas'. Ter bevestiging hiervan hebt u via Internet een voucher ontvangen en uitgeprint;
- U dient de nota van het diabetestestmateriaal, samen met de voucher (zie toelichting), bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u deze hebt aangeschaft;
- In de gehele periode dat u van het internethulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op vergoeding van de teststrips voor diabetespatiënten.

Zorgverlener

Een apotheek, apotheekhoudende huisarts of medische speciaalzaak levert de teststrips;

Toelichting "Indienen rekeningen teststrips"

Als u een half jaar de digitale diabetespas gebruikt, verschijnt er automatisch een pop-up in uw beeldscherm met een voucher. U print een tweedelige voucher. Het ene deel gebruikt u voor de aanschaf van het testmateriaal. Het andere deel stuurt u naar ons op om uw vergoeding aan te vragen. Het adres staat op de voucher. Voeg tevens uw rekeningen voor teststrips bij. Wij storten het te vergoeden bedrag op uw rekening.

15.15.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

15.16. Persoonsalarmering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.16.1. Zorg die wij vergoeden

U hebt recht op een hulpmiddel voor persoonsalarmering op sociale indicatie. Dit hulpmiddel voor persoonsalarmering kan u in bruikleen verstrekt worden of u kunt een vergoeding krijgen voor de (huur- of aanschaf-)kosten van dit hulpmiddel. Bij bruikleen en huur wordt u geen eigenaar maar moet u na de afgesproken periode dit hulpmiddel teruggeven. Op uw Vergoedingen Overzicht staat of u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt of dat u de huur- of aanschafkosten vergoed krijgt en voor hoeveel.

15.16.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Verstrekking in bruikleen, in eigendom of in huur vindt uitsluitend plaats na bemiddeling door ons. Neemt u daarvoor contact met ons op.

Zorgverlener

De bruikleen, aanschaf of huur vindt plaats via een door ons bemiddelde gecontracteerde leverancier.

15.16.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de abonnementskosten voor persoonsalarmering.

15.17. Voorbehoedsmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.17.1. Zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van de kosten van condooms. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.17.2. Voorwaarden

Zorgverlener

Een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten, levert de condooms.

15.18. Braces en bandages

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

15.18.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden braces en bandages, als deze niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de hoofdverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

15.18.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor hulpmiddelen, zie artikel 15.1. "Hulpmiddelenzorg Algemeen".
- b. De braces en bandages komen niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de hoofdverzekering.

Voorschrift

Een arts of fysiotherapeut schrijft de brace of bandage voor. U stuurt dit voorschrift samen met uw rekening aan ons op.

15.18.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

16. PARAMEDISCHE ZORG

16.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

16.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen, als die niet onder de vergoeding van de hoofdverzekering vallen. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook:

- a. manuele therapie;
- b. bekkentherapie;
- c. kindersfysiotherapie;
- d. geriatrische fysiotherapie;

- e. oedeemtherapie;
- f. kinderoefentherapie.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voor fysiotherapie en oefentherapie gelden geen wettelijke maximum tarieven. De zorgverlener bepaalt het tarief. Wij maken over deze tarieven vaak afspraken met hen. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze website. Informatie over maximale vergoedingen leest u in artikel 11.5. "Hoeveel krijgt u vergoed?".

16.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om medisch noodzakelijke zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

- a. Een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie;
- b. Een manuele fysiotherapeut verleent de manuele therapie;
- c. Een bekkentherapeut verleent de bekkentherapie;
- d. Een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie;
- e. Een geriatrisch fysiotherapeut verleent de geriatrische fysiotherapie;
- f. Een oedeemtherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie ofwel manuele lymfdrainage;
- g. Een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck verleent de oefentherapie;
- h. Een kinderoefentherapeut verleent de kinderoefentherapie;
- i. Een psychosomatisch fysiotherapeut verleent psychosomatische fysiotherapie;
- j. Een psychosomatisch oefentherapeut verleent psychosomatische oefentherapie.

Plaats:

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of op de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze fysiotherapie of oefentherapie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, vindt de behandeling bij u thuis plaats.

16.1.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren;
- b. oedeemtherapie / littekenbehandeling ten gevolge van cosmetische ingrepen;
- c. littekenbehandeling na een naar ons oordeel normaal wondherstel.

16.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

16.2. Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

16.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden bovenop de vergoeding voor ergotherapie uit de hoofdverzekering ergotherapie aan

verzekerden jonger dan 18 jaar. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Onder ergotherapie verstaan we advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

16.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze ergotherapie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, vindt de behandeling bij u thuis plaats.

16.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

16.3. Instructie mantelzorgers

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

16.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de instructie en begeleiding van mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie ondergaan. Deze vergoeding is bovenop de vergoeding voor ergotherapie uit de hoofdverzekering of aanvullende zorgverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

16.3.2. Voorwaarden

Algemeen

De instructie en/of begeleiding is voor mantelzorgers. Deze mantelzorgers verlenen mantelzorg aan een verzekerde die op dat moment uit de hoofdverzekering of uit de aanvullende zorgverzekering recht heeft op een vergoeding voor ergotherapie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Zorgverlener

Een ergotherapeut geeft de instructie aan de mantelzorger.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze ergotherapie leveren zonder dat er sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, vindt de behandeling bij u thuis plaats.

De verzekerde die de ergotherapie ondergaat hoeft niet bij de instructie aanwezig te zijn.

16.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

16.4. Dieetadvisering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

16.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden dieetadvisering. De dieetadvisering omvat behandeling, advisering en begeleiding met een medische noodzaak met betrekking tot voeding en eetgewoonten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

16.4.2. Voorwaarden

Algemeen

Dieetadvisering maakt deel uit van uw hoofdverzekering. Als u de maximumvergoeding uit uw hoofdverzekering hebt bereikt, hebt u nog recht op dieetadvisering uit de aanvullende zorgverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, tandarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een diëtist geeft de dieetadvisering.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend diëtist of op de afdeling dieetadvisering in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze dieetadvisering leveren zonder dat er sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is, vindt de behandeling bij u thuis plaats.

16.4.3. Uitsluitingen

De volgende middelen (ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven) vergoeden wij niet:

- a. voedingsmiddelen;
- b. dieetpreparaten.

16.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

16.5. Incontinentiebehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

16.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden incontinentiebehandeling en -training. Tevens vergoeden wij persoonlijke probes en ballonnen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

16.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. De nota van de fysiotherapeut moet voldoende gespecificeerd zijn (met name de diagnosecode en prestatiebeschrijving moeten vermeld staan);
- b. de incontinentiebehandeling en -training is een aanvullende vergoeding op de vergoeding voor fysiotherapie uit uw aanvullende zorgverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

Een verwijzing is niet vereist.

Zorgverlener

De behandeling wordt verleend door een bekkenfysiotherapeut die vrijgevestigd is of werkzaam bij een door de overheid erkende instelling.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener, bij u thuis, of op de lokatie van de instelling waar de behandeling gegeven wordt.

16.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

17. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

17.1. Herstel & Balans

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

17.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het trainingsprogramma van Herstel & Balans. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

17.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een oncoloog of revalidatiearts schrijft de behandeling voor.

Zorgverlener

Stichting Herstel & Balans heeft de zorgverlener of zorginstelling (ziekenhuis, revalidatiekliniek, fysiotherapeut of psycholoog) gecertificeerd voor het geven van het trainingsprogramma.

17.1.3. Uitsluitingen

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

17.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag

of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

17.2. Eerstelijnspsychologische zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

17.2.1. Zorg die wij vergoeden

In aanvulling op de vergoeding die u uit de hoofdverzekering voor eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg krijgt, vergoeden wij:

- a. de bijdragen die u volgens de hoofdverzekering zelf voor deze zorg moet betalen;
- b. eerstelijnspsychologische zorg (de niet-specialistische GGZ zorg) waarop u geen recht hebt omdat u het maximale aantal zittingen uit de hoofdverzekering al vergoed hebt gekregen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Informatie over maximale vergoedingen leest u in artikel 11.5. "Hoeveel krijgt u vergoed".

17.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg die klinisch psychologen plegen te bieden.
- Een dubbelconsult telt als twee consulten.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een gezondheidszorgpsycholoog schrijft de zorg voor.

Verwijzing

U bent verwezen door een medisch-specialist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg;

Zorgverlener

Een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns instelling verleent de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg.

Plaats

U krijgt de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg in de praktijk van de gezondheidszorgpsycholoog, in een vestiging van een eerstelijns instelling. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

17.2.3. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Reiskosten;
- b. De kosten van eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg die u al vergoed krijgt uit de hoofdverzekering of AWBZ vergoeden wij niet uit de aanvullende zorgverzekering;
- c. De kosten van specialistische GGZ zorg, bestaande uit diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen, die vergoed worden uit de hoofdverzekering.

17.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

17.3. Inloophuizen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

17.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden.

Zijn deze partner en gezinsleden zelf verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende zorgverzekering. Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende zorgverzekering van de verzekerde patiënt zelf. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

17.3.2. Voorwaarden

Algemeen

De geestelijk maatschappelijke zorg die het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten levert, is kortdurend van aard en strekt zich uit over een periode korter dan twaalf maanden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Wij hebben het inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten erkend, omdat het naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Toelichting "Kwaliteit inloophuizen"

Wij beoordelen of de psychologische zorg die inloophuizen voor kankerpatiënten leveren van voldoende kwaliteit is en registreren dat. De lijst met deze instellingen kan dus variëren, ook door het jaar heen. Neemt u daarom vooraf contact met ons op.

17.4. Lichttherapie tegen winterdepressie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

17.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden huurkosten voor de benodigde apparatuur voor lichttherapie bij u thuis in verband met winterdepressie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

17.4.2. Voorwaarden

Algemeen

De apparatuur is uitgerust voor therapie met volspectrumlicht met een intensiteit van 10.000 lux.

Voorschrift

De lichttherapie is voorgeschreven door een psychiater of psychotherapeut na vaststelling van de diagnose winterdepressie.

17.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

18. ALTERNATIEVE BEHANDELINGEN

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

18.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve therapieën. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. De maximale vergoeding die staat vermeld, geldt voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen (zie artikel 14.4.) samen.

Bij de vergoeding kunnen wij hanteren:

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

Als één of beide maximum bedragen gelden, staan deze vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld "Maximum bedrag per jaar en per behandeldag"

Stel: U hebt een aanvullende zorgverzekering A. U hebt last van migraine en gaat hiervoor acht keer naar een acupuncturist. Deze rekt € 50,- per behandeling. U wilt weten wat u hiervan vergoed krijgt en kijkt op het Vergoedingen Overzicht in de rubriek Alternatief naar Alternatieve behandelingen. Daar ziet u bijvoorbeeld dat wij:

- maximaal € 400,- per jaar vergoeden én
- maximaal € 35,- per behandeldag vergoeden.

Uw eigen bijdrage is in dit geval € 15,- per behandeling. Namelijk € 50,- minus € 35,- is € 15,-. Als u twaalf keer (namelijk 12 keer € 35,-) naar deze acupuncturist bent geweest, hebt u uw maximum vergoeding van € 400,- voor alternatieve behandelingen voor dat jaar opgebruikt. Wij vergoeden uw alternatieve behandelingen pas weer in het volgende jaar.

18.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door:

- a. een arts voor alternatieve geneeswijzen. Dit mag ook een arts zijn die geen huisarts of medisch specialist is;
- b. een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;
- c. een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.

Toelichting "Kwaliteit alternatieve behandelingen"

Er zijn veel verschillende vormen van alternatieve behandelingen. Zo kunt u behandeld worden door acupuncturisten, homeopaten, natuurgenezers, osteopaten, enzovoorts. De zorgverlener moet arts zijn óf lid zijn van een beroepsvereniging die naar ons oordeel de kwaliteit van haar leden op een goede wijze controleert en hen goed begeleidt. Als uw alternatieve therapeut voldoet aan die voorwaarden, vallen de kosten onder de vergoeding. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen, erkend is. Neem daarvoor contact op met ons of kijk op onze internetsite.

18.3. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Behandelingen die naar hun aard vallen onder uw hoofdverzekering, AWBZ, of onder een ander artikel uit uw aanvullende zorgverzekering. Het is hierbij niet van belang of u voor dat andere artikel verzekerd bent. Dit geldt ook als u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt;
- b. Experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren.

19. MONDZORG

19.1. Mondzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

19.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden mondzorg algemeen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

19.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om mondzorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

19.1.3. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Kosten van behandelingen of leveringen door tandtechnici (niet tandprothetici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen, met wie wij geen afspraken hebben gemaakt voor deze behandelingen of leveringen;
- b. Kosten die een vrijgevestigde mondhygiënist of vrijgevestigd tandprotheticus declareert voor behandelingen waarvoor wij geen tarieven hebben afgesproken of de kosten van de bedragen die hoger zijn dan de afgesproken tarieven;
- c. Kosten van het bleken van tanden, tenzij deze tandheelkundige behandeling uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering als vergoeding staat vermeld;
- d. Kosten van zorg die u vergoed krijgt uit de hoofdverzekering;
- e. Kosten van orthodontische behandelingen. Deze behandelingen worden onder artikel 19.5. vergoed.

19.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

19.2. Kronen, bruggen en inlays

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

19.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van:

- restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays); en
- de daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts; en
- bijbehorende techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

19.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen";
- b. Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter 'R' (dit zijn kronen, bruggen en inlays).

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons

aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Een tandarts schrijft de zorg voor.

Zorgverlener

Een tandarts of zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

19.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

19.3. Gebitsprothesen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

19.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen;
- b. de wettelijke bijdragen die u volgens uw hoofdverzekering zelf moet betalen voor uitneembare, volledige gebitsprothesen.

Hebt u recht op een vergoeding van volledige of gedeeltelijke gebitsprothesen, dan verstaan wij daaronder ook andere met die gebitsprothesen samenhangende tandheelkundige behandelingen en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat in uw Vergoedingen Overzicht.

19.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen";
- b. Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter 'P' of 'J';
- c. Een tandprotheticus declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter 'P' of 'J'.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

Een tandarts, een tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, een praktijk van een tandprotheticus, een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

19.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

19.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

19.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden overige mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

19.4.2. Voorwaarden

Algemeen

U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen".

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- a. Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist, tandprotheticus of zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg;
- b. Een kaakchirurg die verbonden is aan een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten;
- c. Als een vrijgevestigde mondhygiënist of een vrijgevestigde tandprotheticus de zorg uitvoert en declareert, dan vergoeden wij de kosten alleen als:
 - 1) we over deze behandelingen afspraken hebben gemaakt met de mondhygiënist of tandprotheticus;
 - 2) de kosten die in rekening worden gebracht niet hoger zijn dan de tarieven die wij met de mondhygiënist of tandprotheticus hebben afgesproken.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

19.4.3. Uitsluitingen

Orthodontie (gebitsregulatie) vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 19.5.

19.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

19.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

19.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden orthodontische behandelingen (gebitsregulatie). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

a. Maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende zorgverzekering hebt.

b. Maximum bedrag tot of vanaf een bepaalde leeftijd

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden, dan geldt

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

deze maximale vergoeding over de hele periode dat u bij ons die aanvullende zorgverzekering hebt en tot of vanaf de genoemde leeftijd.

c. **Maximum bedrag en groeivergoeding**

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende zorgverzekering staat dat wij orthodontie tot een maximaal bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende zorgverzekering hebt. De maximale vergoeding groeit op 1 januari met een vast bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat. Daar staat ook het maximaal aantal opeenvolgende jaren dat de maximale vergoeding groeit.

Voorbeeld

Stel: u hebt voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende zorgverzekering gesloten die de groei-vergoeding voor orthodontie kent. Die aanvullende zorgverzekering is op 1 januari 2009 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie € 1.000,- voor uw dochter.

Op 1 januari 2010 groeit de vergoeding voor de eerste keer met € 500,- en krijgt u voor uw dochter in 2010 in totaal € 1.500,- vergoed. Uw dochter krijgt een beugel en op 17 mei 2010 ontvangt u een nota van € 1.150,-. Omdat u recht hebt op vergoeding van € 1.500,- vergoeden wij deze nota helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over. Op 1 januari 2011 groeit deze overblijvende vergoeding voor de tweede keer met € 500,- tot in totaal € 850,-. Op 3 april 2011 ontvangt u voor de orthodontie van uw dochter nog een nota; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden daarvan € 850,- en er blijft € 75,- voor uw rekening over. Op 1 januari 2012 groeit de vergoeding van orthodontie voor de derde en laatste maal met € 500,-. Uit 2011 was er niets over, dus de maximale vergoeding bedraagt nu € 500,-. Deze € 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2012 of in de jaren hierna zolang u deze aanvullende zorgverzekering hebt afgesloten.

Als u wijzigt van aanvullende zorgverzekering en u hebt in een vorige aanvullende zorgverzekering al vergoeding voor orthodontie gehad, dan wordt die ontvangen vergoeding afgetrokken van de maximum vergoeding voor orthodontie waar u in uw huidige aanvullende zorgverzekering recht op hebt. Meer informatie over maximale vergoedingen leest u o.a. in artikel 11.5.e..

19.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden en regels die gelden voor mondzorg, zie artikel 19.1. "Mondzorg Algemeen";
- b. Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst tandartsen die begint met de letter 'D';

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

19.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

20. KUURBEHANDELING

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

20.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. uw vervoer naar een kuuroord;
- b. behandeling in een kuuroord;

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

c. verblijf in een kuuroord.

Het gaat hierbij om een meerdaagse behandeling die tenminste één week duurt. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

20.2. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van artritis psoriatica of een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. U vraagt deze akkoordverklaring aan door het 'Aanvraagformulier Kuurbehandeling' volledig in te vullen, te ondertekenen en aan ons op te sturen. De akkoordverklaring moet recent zijn.

Voorschrift

Een reumatoloog schrijft de kuurbehandeling voor.

Zorgverlener

Het door ons erkende kuuroord is gespecialiseerd in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen.

20.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21. HUIDTHERAPIEËN

21.1. UV-B lichtapparatuur

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

21.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur bedoeld voor thuisgebruik. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

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

Toelichting "Een hogere vergoeding dan de maximum vergoeding"

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

21.1.2. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan ernstige psoriasis, ernstig eczeem of ernstige (aangeboren) vitiligo.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden verbinden.

Voorschrift

Een dermatoloog schrijft de behandeling of het gebruik van UV-B lichtapparatuur voor.

Zorgverlener

Een dermatoloog verleent de zorg.

21.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21.2. Ontharing

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

21.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Omschrijving "Extreme haargroei"

Deze behandeling komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de haargroei naar de begrippen van de Nederlandse maatschappij extreem is. Daarom blijft deze vergoeding ook beperkt tot vrouwen.

21.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de ontharing voor.

Zorgverlener

Een dermatoloog, huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de ontharing uit.

21.2.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

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

21.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21.3. Acnebehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

21.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de behandeling van een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of in de hals. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

21.3.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een ernstige vorm van acne in het gezicht en/of de hals.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de acnebehandeling voor.

Zorgverlener

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voert de acnebehandeling uit.

21.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21.4. Camouflagetherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

21.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. camouflagellessen;
- b. de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

21.4.2. Voorwaarden

Algemeen

De camouflagellessen hebben tot doel wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gezicht en/of de hals te camoufleren.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts (bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog) schrijft de camouflagellessen voor.

Zorgverlener

Een huidtherapeut of schoonheidsspecialist geeft de camouflagellessen.

21.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG

22.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. verloskundige zorg;
- b. kraamzorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

22.1.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om verloskundige zorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
- Het gaat om kraamzorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet;

- U krijgt de verloskundige zorg en kraamzorg geheel of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- a. Een verloskundige of huisarts begeleidt de poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) ("open" verloskamer);
- b. Een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een kraamcentrum dat wij hebben erkend, verleent de kraamzorg;
- c. De instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) brengt de kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening met het DBC-tarief.

Plaats

De kraamzorg vindt plaats bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet in een ziekenhuis) of in het kraamcentrum.

22.1.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de:

- a. kraamzorg over een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen kraamzorg dan waarop u volgens de hoofdverzekering recht hebt. Dit geldt niet als het gaat om extra kraamzorg als u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- b. verloskundige zorg en kraamzorg over een groter aantal uren kraamzorg dan waarop u recht hebt volgens de hoofdverzekering. Dit geldt niet als het gaat om extra kraamzorg als u daarvoor aanvullend verzekerd bent;
- c. verloskundige zorg en kraamzorg voor de dagen, waarvoor u uit uw aanvullende zorgverzekering een kraamzorguitkering ontvangt.

22.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22.2. Eigen bijdragen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de:

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

Dat doen wij tot een bepaald maximumbedrag. Als dit bedrag is bereikt, dan zijn de verdere kosten voor uw rekening. Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximum bedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

22.2.2. Voorwaarden

Plaats

- De bevalling en/of het kraambed vindt zonder medische noodzaak plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis); of
- De bevalling en/of het kraambed vindt plaats in een kraamcentrum; of
- Na de bevalling in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) krijgt u

- kraamzorg in een kraamhotel of geboortecentrum; of
- Na de bevalling in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) krijgt u kraamzorg thuis; of
- De bevalling en het kraambed vinden thuis plaats.

22.2.3. Uitsluitingen

Onder dit artikel vergoeden wij niet als eigen bijdrage de kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

22.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22.3. Kraamzorguitkering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.3.1. Zorg die wij vergoeden

In plaats van kraamzorg kunt u kiezen voor een kraamzorguitkering. Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering:

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

De hoogte van de kraamzorguitkering staat vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

22.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U bevalt thuis of zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) of kraamcentrum.
- b. U vraagt een kraamzorguitkering aan:
 - in plaats van kraamzorg uit de hoofdverzekering en de aanvullende zorgverzekering en
 - in plaats van de vergoeding van de eigen bijdragen voor die kraamzorg uit de aanvullende zorgverzekering.

U kiest dus voor een vergoeding van de kraamzorg en de eigen bijdragen óf voor een kraamzorguitkering. U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte stellen. U kunt dit doen via onze afdeling Kraamzorgservice.

Als u kraamzorg krijgt of als wij de kosten en/of eigen bijdragen van de kraamzorg vergoeden, krijgt u geen kraamzorguitkering en andersom.

22.3.3. Uitsluitingen

Wij geven geen kraamzorguitkering:

- a. voor de dagen waarop u kraamzorg ontvangt of waarvoor u een vergoeding van kraamzorg en/of eigen bijdragen voor kraamzorg ontvangt;
- b. voor de dagen die de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) voor een ziekenhuisopname bij ons in rekening brengt;
- c. voor meer opnamedagen of voor meer dagen kraamzorg dan waarop u uit uw hoofdverzekering of aanvullende zorgverzekering recht hebt.
- d. kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft.

22.4. Extra kraamzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.4.1. Zorg die wij vergoeden

In bepaalde gevallen spreken wij met u een aantal extra uren kraamzorg af. Wij vergoeden die extra uren kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg waarop u recht hebt uit uw hoofdverzekering of bovenop de kraamzorguitkering. Op uw Vergoedingen Overzicht staat hoeveel extra uren kraamzorg wij vergoeden.

22.4.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U (de moeder) bent bij ons verzekerd;
- b. U (de moeder) of uw kindje vertoont ernstige medische problemen die verband houden met de bevalling;
- c. De zorg volgt direct aansluitend op de zorg die u uit de hoofdverzekering ontvangen hebt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

22.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22.5. Couveuse nazorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden couveuse nazorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

22.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U (de moeder) bent bij ons verzekerd voor couveuse nazorg;
- b. Uw kind heeft tenminste vijf dagen in de couveuse gelegen en / of uw kind heeft, op medische indicatie, tenminste acht dagen na de geboorte in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) gelegen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

22.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kraamzorg nadat moeder en kind uit de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) zijn ontslagen. Hoeveel uren kraamzorg wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

22.6.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. De opname van de moeder (en kind) in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) van moeder en kind is gebaseerd op een medische indicatie van de moeder.
- b. De moeder heeft minimaal 14 dagen aansluitend op de bevalling in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) gelegen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

22.6.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22.7. Reiskosten gezonde moeder

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de reiskosten van u (de moeder) die u maakt voor eigen vervoer of taxi, als uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

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

Toelichting "Uw keuze voor opname of reizen"

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

22.7.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U (de moeder) hebt bij ons uw hoofdverzekering afgesloten (uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn); en
- b. Uw kind is jonger dan drie maanden; en
- c. Uw kind is op klinische medisch-specialistische zorg aangewezen en daarom opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis); en
- d. U (de moeder) bent niet opgenomen in de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis).

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een arts schrijft de klinische medisch-specialistische zorg en de ziekenhuisopname van uw kind voor.

22.7.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden uw reiskosten niet als u in aanmerking komt voor:

- a. een vergoeding door de overheid;
- b. een vergoeding uit uw hoofdverzekering.

22.8. Kraamzorg bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.8.1. Zorg die wij vergoeden

Als sprake is van adoptie van een kind jonger dan zes maanden, heeft één verzekerde ouder recht op vergoeding van kosten voor kraamzorg. De kraamzorg omvat ook instructie aan de ouder. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

22.8.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het gaat om adoptie door één of meer personen die bij ons een aanvullende zorgverzekering hebben afgesloten;
- b. Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- c. De adoptie vindt in overeenstemming met het Nederlandse recht plaats;
- d. Het adoptie kind is afkomstig uit het buitenland;
- e. Het adoptie kind is op het moment van adoptie ten hoogste zes maanden oud;
- f. Na de adoptie krijgt u kraamzorg thuis.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet uiterlijk vier maanden voor de vermoedelijke adoptiedatum bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of raadpleeg onze internetsite.

Zorgverlener

Een volledig gediplomeerd kraamverzorgende, al dan niet verbonden aan een kraamcentrum dat wij hebben erkend, verleent de kraamzorg.

22.8.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22.9. Lactatiekundige zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.9.1. Zorg die wij vergoeden

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor lactatiekundige zorg. Deze zorg omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning bij borstvoeding. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

22.9.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

De verwijzing van huisarts, verloskundige, gynaecoloog of kinderarts is vereist.

Zorgverlener

- a. De lactatiekundige is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen;
- b. De lactatiekundige maakt gebruik van het Verwijzingsprotocol Lactatiekundige.

22.9.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22.10. TENS bij bevalling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

22.10.1. Zorg die wij vergoeden

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op verstrekking in bruikleen van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) voor pijnbestrijding tijdens de bevalling. Dit apparaat beïnvloedt de pijnprikkels die het lichaam naar de hersenen stuurt, waardoor de intensiteit van de pijn minder wordt. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

22.10.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

De zorgaanvraag moet u schriftelijk doen. Wij laten u per brief weten of wij een akkoordverklaring geven.

Voorschrift

Een voorschrift is vereist van de verloskundige, huisarts of behandelend medisch-specialist.

23. ADVISERING

23.1. Consulten voor vrouwelijke verzekerden

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

23.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor consulten die te maken hebben met (of gericht zijn op):

- a. overgang;
- b. jonge vrouwen;
- c. zorgeloos zwanger zijn;
- d. kinderwens;
- e. kankerpreventie.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

23.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

- a. de overgangsconsulten worden gegeven door:
 - een overgangsconsulent, die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women of aangesloten bij een andere door ons erkende of gecontracteerde beroepsgroep;
 - een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- b. de overige consulten ten behoeve van vrouwelijke verzekerden worden gegeven door:
 - een verloskundige;
 - een consulent die is geregistreerd en aangesloten bij de BV Care for Women.

23.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

23.2. Sportmedisch advies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

23.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden sportmedisch advies door een sportarts. Onder sportmedisch advies verstaan wij:

- a. sportmedische behandelingen;
- b. sportkeuringen;
- c. röntgen- en laboratoriumonderzoek;
- d. sportmedische consulten en sportmedisch onderzoek.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

23.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

- a. De sportarts:
 - werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen; of
 - is geregistreerd als gecertificeerd sportduikerarts C of D in het register van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde. Hij voert een sportduikmedische keuring uit volgens de wetenschappelijke gestelde eisen van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde.
- b. De therapeut die onder verantwoordelijkheid van een sportarts werkt in een Sportmedisch Adviescentrum of sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen.

23.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

23.3. ZorgTV

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

23.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de abonnementskosten van ZorgTV. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

23.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. Aan de nota is toegevoegd een verklaring van de behandelend arts of -verpleegkundige waaruit blijkt dat het gebruik van ZorgTV een meerwaarde biedt voor uw behandeling, verzorging of verpleging.
- b. ZorgTV wordt voor minimaal één jaar in gebruik genomen.
- c. Kosten van het gebruik van ZorgTV worden uitsluitend vergoed voor zover het gebruik bestemd

is voor zorginhoudelijke doeleinden.

23.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

24. CURSUSSEN / GEZONDHEIDSTRAININGEN / CONTRIBUTIES

24.1. Cursussen algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

24.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden cursussen die gericht zijn op:

- a. het bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte;
- b. afvallen en stoppen met alcoholgebruik;
- c. stoppen met roken;
- d. EHBO aan kinderen, reanimatietraining, verbandleer.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

24.1.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U overhandigt ons een bewijs van deelname;
- b. nota's worden pas vergoed na afloop van de cursus.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De cursus wordt gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;
- b. een G.G.D./D.G.D.;
- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- d. (een polikliniek van) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis);
- e. een andere dan de hiervoor genoemde instanties, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

24.1.3. Uitsluitingen

- a. Wij vergoeden de cursussen niet als deze in rekening gebracht zijn door een organisatie of vereniging die recht heeft op subsidie of financiering van de overheid.
- b. Wij vergoeden niet:
 - 1) zwangerschaps- of kraamvrouwengymnastiek. Die vergoeden wij onder gezondheids-trainingen en beweegprogramma's;
 - 2) sportmassage;
 - 3) arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - 4) bedrijfshulpverleningscursussen.

24.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

24.2. Cursussen diabetespatiënten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

24.2.1. Zorg die wij vergoeden

Na gebruik van de digitale diabetespas verhogen wij de vergoeding die u krijgt voor cursussen (zie artikel 24.1 'Cursussen Algemeen') met een bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat.

24.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de algemene voorwaarden en regels die gelden voor Cursussen Algemeen, zie artikel 24.1.;
- b. U bent diabetespatiënt;
- c. De cursus heeft betrekking op de aandoening diabetes;
- d. U maakt minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel Diabetes Pas. Ter bevestiging hiervan hebt u via Internet een voucher ontvangen en uitgeprint;
- e. U dient de nota van de patiëntenverenigingpas bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u de cursus hebt gevolgd;
- f. In de gehele periode dat u van het internethulpmiddel gebruik maakt, hebt u een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op een verhoging van de cursusbedragen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De cursus wordt gegeven door een landelijke of regionale patiëntenvereniging. Deze patiëntenvereniging behartigt de gezondheidsbelangen van diabetespatiënten.

24.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

24.3. Gezondheidstrainingen en beweegprogramma's

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

24.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. gezondheidstrainingen en beweegprogramma's;
- b. cursussen en beweegprogramma's tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling en begeleiding tijdens de bevalling; cursussen ter bevordering van het fysieke herstel, tot maximaal zes maanden na de bevalling.
- c. deelname aan activiteiten van sportorganisaties voor hartpatiënten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

24.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- De cursus, de gezondheidstraining of het beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden en activeren van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl;
- U overhandigt ons een bewijs van deelname;
- In de gehele periode dat u een cursus, gezondheidstraining of beweegprogramma volgt, hebt u een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op een vergoeding van deze trainingen en programma's;
- Voor de deelname aan activiteiten van sportorganisaties is vereist, dat deze plaatsvinden onder deskundige begeleiding met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts of medisch-

specialist. De nota gaat vergezeld van deze schriftelijke goedkeuring.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De cursus, de gezondheidstraining of het beweegprogramma wordt gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;
- b. een G.G.D./D.G.D.;
- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- d. (een polikliniek van) een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis);
- e. een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheidstrainingen en beweegprogramma's;
- f. een sportorganisatie als bedoeld in artikel 24.3.1. onder c.;
- g. een andere instantie, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

24.3.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden de cursussen, gezondheidstrainingen en beweegprogramma's niet:

- als deze in rekening gebracht zijn door een organisatie of vereniging die recht heeft op subsidie of financiering van de overheid;
- als deze te maken hebben met behandelingen die wij genoemd hebben in artikel 6.3.

24.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

24.4. Contributie patiëntenvereniging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

24.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de contributie en/of het inschrijfgeld van:

- a. één of meer patiëntenverenigingen;
- b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling.

Het aantal patiëntenverenigingen waarvan wij de contributie of het inschrijfgeld vergoeden en hoeveel wij daarvan vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

24.4.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

- a. Een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- b. Een kruisvereniging of thuiszorginstelling kan regionaal of landelijk werken of georganiseerd zijn.

24.5. Revalidatiezwemmen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

24.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de abonnementskosten voor revalidatiezwemmen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

24.5.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist schrijft revalidatiezwemmen voor.

Verwijzing

Een verwijzing is niet vereist.

Zorgverlener

Het zwemmen vindt plaats onder begeleiding van een fysiotherapeut.

24.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

25. OVERIGE THERAPIËN

25.1. Voetbehandeling (podologie, podotherapie en pedicure behandeling)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Wij hebben dit artikel gesplitst:

- in artikel 25.1.1. leest u over algemene voetbehandeling door een podotherapeut of podoloog;
- in artikel 25.1.2. leest u over bijzondere voetbehandeling door een podotherapeut;
- in artikel 25.1.3. leest u over bijzondere voetbehandeling door een pedicure.

Het kan zijn dat u in één of meer artikelen moet kijken.

25.1.1. Algemene voetbehandeling

25.1.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden voetbehandelingen (podologie en podotherapie). Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

25.1.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling voor.

Zorgverlener

Een podotherapeut of podoloog voert de behandeling uit.

25.1.1.3. Uitsluitingen

- a. Steunzolen vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.8. 'Steunzolen';
- b. Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.9. 'Hulpmiddelen voetbehandeling';
- c. Behandelingen door een podotherapeut bij diabetes mellitus, reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen vergoeden we niet onder dit artikel 25.1.1. maar onder artikel 25.1.2. Kijk in uw Vergoedingen Overzicht of u hiervoor verzekerd bent.

25.1.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

25.1.2. Voetbehandeling in bijzondere gevallen

25.1.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden voetbehandelingen (podotherapie) door een podotherapeut. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

25.1.2.2. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan:

- a. diabetes mellitus;
- b. reumatoïde artritis;
- c. ernstige bloedvatproblemen in de benen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling of het consult voor.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door een podotherapeut.

25.1.2.3. Uitsluitingen

- a. Steunzolen vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.8. 'Steunzolen';
- b. Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.9. 'Hulpmiddelen voetbehandeling'.

25.1.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

25.1.3. Pedicure behandeling in bijzondere gevallen

25.1.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden pedicure behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

25.1.3.2. Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan:

- a. diabetes mellitus;
- b. reumatoïde artritis.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een arts schrijft de behandeling of het consult voor.

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door:

1. een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het

- behandelen van diabetespatiënten (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie DV (diabetische voet) zie www.ProCert.nl). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere diabetespatiënten. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed;
2. een pedicure met een geldig certificaat of diploma van een aanvullende opleiding voor het behandelen van patiënten met reumatoïde artritis (pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie RV (reumatische voet) zie www.ProCert.nl). Wij hebben die opleiding erkend. De pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere patiënten met reumatoïde artritis. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan reumatoïde artritis. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed.
 3. een medisch pedicure. Deze pedicure staat in het Kwaliteitsregister Pedicure geregistreerd als medisch pedicure, zie www.ProCert.nl. Deze pedicure houdt praktijk als pedicure voor onder andere patiënten met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De verzekerde die behandeld wordt, lijdt aan diabetes mellitus of reumatoïde artritis. Behandeling door deze pedicure bij andere aandoeningen wordt niet vergoed.

25.1.3.3. Uitsluitingen

Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij niet onder dit artikel, maar onder artikel 15.9. 'Hulpmiddelen voetbehandeling'.

25.1.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

25.2. Stottertherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

25.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. Stottertherapie in individueel- of in groepsverband volgens de methode:
 - 1) Del Ferro;
 - 2) B.O.M.A.;
 - 3) I.N.S. (Instituut Natuurlijk Spreken, voorheen Hausdörfer).
- b. Pensionkosten. Het gaat om de noodzakelijke kosten die rechtstreeks te maken hebben met uw verblijf in een pension als en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

25.2.2. Voorwaarden

Algemeen

Pensionkosten komen voor vergoeding in aanmerking als ook de stottertherapie zelf vergoed wordt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd voor de therapiekosten en eventueel de pensionkosten en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen aan die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Voorschrift

Een arts schrijft de stottertherapie voor.

25.2.3. Uitsluitingen

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

25.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

25.3. Traumazorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

25.3.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kosten voor opvang na een schokkende gebeurtenis in Nederland als u getroffen of direct betrokkene bent. Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

- een overval;
- een gijzeling;
- agressie of ongeval waarbij zich letselschade voordoet (bijvoorbeeld op de werkplek);
- plotseling overlijden (bijvoorbeeld als getuige van zelfdoding)
- ongewenste omgangsvormen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

25.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- De schokkende gebeurtenis moet acuut zijn en er moet sprake zijn van een uit balans raken wat een geestelijke stoornis veroorzaakt, waardoor normaal dagelijks functioneren niet mogelijk is.
- De gebeurtenis moet zo spoedig mogelijk worden gemeld bij ons.
- De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn (bijvoorbeeld in de vorm van een bewijs van aangifte bij de politie).
- Vergoeding vindt uitsluitend plaats als u gebruik maakt van een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of raadpleeg onze internetsite.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

25.3.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

25.4. Obesitas behandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

25.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor poliklinische behandeling van morbide overgewicht. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

25.4.2. Voorwaarden

Algemeen

De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende zorgverzekering met deze vergoeding hebt afgesloten.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u verwijzen naar een behandelcentrum waarmee wij een overeenkomst

hebben gesloten.

Plaats

De behandeling vindt plaats in een door ons erkend of gecontracteerd behandelcentrum.

25.5. Gewichtscntrole van kinderen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

25.5.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor een gewichtscntroleprogramma voor verzekerde kinderen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

25.5.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u verwijzen naar een instelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Plaats

Het controleprogramma wordt uitgevoerd in een door ons erkende of gecontracteerde instelling.

25.6. Gewichtscnsulenten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

25.6.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor behandeling en begeleiding door gewichtscnsulenten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

25.6.2. Voorwaarden

Algemeen

- De gewichtscnsulenten verlenen zorg in de vorm van behandeling, advisering en begeleiding bij de gewichtscntrole;
- U kunt behandeling en begeleiding krijgen als u gezond bent en sprake is van een lichte mate van overgewicht (BMI tussen 25 en 30, bij uitzondering boven 30);
- De behandeling en begeleiding richten zich op voeding en beweging.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u verwijzen naar een instelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Zorgverlener

De behandeling en begeleiding worden gegeven door gediplomeerde gewichtscnsulenten die zijn aangesloten bij een door ons erkende of gecontracteerde vereniging van gewichtscnsulenten.

Toelichting

De Beroepsvereniging Gewichtscnsulenten Nederland (BGN) hebben wij als vereniging van gewichtscnsulenten erkend.

26. VERBLIJF EN VERVOER

26.1. Therapeutisch kamp

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de deelnamekosten van uw verzekerd kind jonger dan 18 jaar aan een therapeutisch (vakantie)kamp voor kinderen:

- a. met astma;
- b. met diabetes mellitus;
- c. met obesitas.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

26.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Uw kind lijdt aan één van de hiervoor genoemde aandoeningen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

Een door ons erkende representatieve vereniging of instelling die de belangen van patiënten met een van de hiervoor genoemde aandoeningen behartigt, organiseert het kamp.

Voorbeeld "Erkende instellingen"

Het Nederlands Astma Fonds, de Diabetesvereniging Nederland en de Nederlandse Diabetes Federatie zijn voorbeelden van instellingen die wij erkend hebben. Voor obesitas beschouwen we Victory Camp als een erkend vakantiecamp.

26.2. Logeerkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.2.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. het verblijf van u en/of maximaal twee logés 's nachts in een logeerhuis (één kamer in totaal) als u of een verzekerd gezinslid (kind of partner) wordt behandeld in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). De logé hoeft niet bij ons verzekerd te zijn. Als de logé niet bij ons verzekerd is dan vergoeden wij de logeerkosten uit de aanvullende zorgverzekering van de verzekerde die wordt behandeld.
- b. het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis, een gezinsvervangend tehuis voor kinderen met een levensbedreigende ziekte.
- c. het verblijf van u 's nachts in de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in aansluiting op een poliklinische behandeling met chemo- of radiotherapie .

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeerhuis of Mappa Mondo huis. Na onze akkoordverklaring mag u of de logé(s) dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of de logé(s) in het logeerhuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Zorg die wij vergoeden":

De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende zorgverzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de aanvullende zorgverzekering van de logé.

26.2.2. Voorwaarden

Algemeen

Als uw aanvullende zorgverzekering logeerkosten en bezoeken (gezamenlijk) vergoedt, moet u vooraf kiezen of u logeerkosten óf bezoeken vergoed wilt krijgen.

U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte brengen. Doet u dat niet, dan beschouwen wij de eerste rekening voor bezoeken of logeerkosten die u indient als uw keuze.

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons

aan te vragen.

Zorgverlener

Het logeerhuis is een niet-commerciële instelling (bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis, een Mappa Mondo huis of kindershospice) en heeft een verbinding met:

- een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) in Nederland of uw woonland; of
- een gecontracteerde instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) buiten uw woonland.

Voorbeeld "Verblijf in logeerhuis"

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

Voorbeeld "Verblijf in een logeerhuis door de patiënt of door bezoek"

Als sprake is van bijvoorbeeld een zeer ingrijpende behandeling zoals een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie, kan de patiënt opgenomen en verpleegd worden in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hij kan ook in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. Is de patiënt opgenomen, dan mag de partner of één of beide ouders in het logeerhuis verblijven. Krijgt de patiënt een poliklinische behandeling, dan mag ook hij gebruik maken van het logeerhuis. Zolang maar in totaal één kamer in het logeerhuis wordt gebruikt.

26.2.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een bezoek aan een verzekerde in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).

26.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

26.3. Bezoekkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.3.1. Zorg die wij vergoeden

a. Reiskosten van bezoeker

Wij vergoeden de reiskosten van één bezoeker vanaf de eerste dag van de opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hiervoor geldt dat:

- 1) degene die opgenomen is, uzelf bent of uw kind is;
- 2) wij de reiskosten éénmaal vergoeden in een bepaalde periode; hoelang die periode duurt, staat in uw Vergoedingen Overzicht;
- 3) wij per bezoek maximaal het aantal kilometers voor de heen- en de terugreis voor één gezinslid vergoeden;
- 4) het bezoekende gezinslid niet bij ons verzekerd hoeft te zijn;
- 5) als u alleenstaand bent en geen gezinsleden hebt, wij de reiskosten van iemand anders vergoeden. Ook deze persoon hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.

b. Reiskosten van ouders

Wij vergoeden de reiskosten van u als ouders vanaf de eerste dag van de opname van uw verzekerde kind in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hiervoor geldt dat:

- 1) uw kind dat is opgenomen, is jonger dan 18 jaar;
- 2) uw kind is opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg buiten uw woonplaats.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Toelichting "Zorg die wij vergoeden":

De bezoeken vergoeden wij uit de aanvullende zorgverzekering van degene die opgenomen is. Is deze niet verzekerd voor bezoeken, maar de bezoeker wel, dan vergoeden wij bezoeken uit de aanvullende zorgverzekering van de bezoeker.

26.3.2. Voorwaarden

Algemeen

Voorwaarden voor 26.3.1.a.:

- a. De afstand geldt voor de afstand tussen uw wettelijke woonadres en de instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Deze is minimaal het aantal kilometers enkele reis dat in het Vergoedingen Overzicht staat. Bij de berekening van de afstand gaan wij uit van de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.
- b. U voldoet aan de minimum periode van opname als wij deze als voorwaarde stellen om in aanmerking te komen voor bezoeken. Of wij deze minimumperiode als voorwaarde stellen en hoe lang die periode is, staat in het Vergoedingen Overzicht.

Voorwaarden voor 26.3.1.a. en 26.3.1.b.:

- a. U bent voor medisch-specialistische zorg opgenomen en wordt verpleegd in een revalidatie-inrichting of (psychiatrische) instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) in:
 - uw woonland; of
 - België of Duitsland, als u in Nederland woont.
- b. Als uw aanvullende zorgverzekering logeerkosten en bezoeken (gezamenlijk) vergoedt, moet u vooraf kiezen of u logeerkosten óf bezoeken vergoedt wilt krijgen. U moet ons vooraf van die keuze op de hoogte brengen. Doet u dat niet, dan beschouwen wij de eerste rekening voor bezoeken of logeerkosten die u indient als uw keuze. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoeken en andersom.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als u in aanmerking wilt komen voor vergoeding van bezoeken tijdens een opname in België of Duitsland, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de opname in het betreffende land.

Toelichting "Zorgadvies aanvragen voor opname in België of Duitsland"

Als u in Nederland woont en in België of Duitsland in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) behandeld wilt worden, moet u dat vooraf bij ons aanvragen. Wij geven een akkoordverklaring als wij bijvoorbeeld met die instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) een afspraak over de behandel prijs hebben gemaakt. Het gaat dan om de kosten die uit de hoofdverzekering kunnen worden vergoed.

26.3.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de reiskosten voor een bezoek als u bent opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg in een ander land, dan Nederland, België, Duitsland of uw woonland. Ook de reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.) vergoeden wij niet.

26.4. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.4.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse (klassentoeslag) van een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Het tarief van de laagste klasse (meestal is dat 3^e klasse) wordt vergoed uit de hoofdverzekering.

Als u verzekerd bent voor klasse 2/2B of 2A en u wordt verpleegd in de 1^e of 2^e klasse in een instelling die maar één 2^e klasse heeft, vergoeden wij ziekenhuisverpleging volgens het tarief van die 2^e klasse.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of u hiervoor verzekerd bent en voor welke klasse u dan verzekerd bent.

26.4.2. Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de kosten die uit de hoofdverzekering worden vergoed, als dit vereist is volgens de voorwaarden van de hoofdverzekering.

Voorschrift

Een arts schrijft de opname voor.

Zorgverlener

De instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) brengt de kosten in rekening met het DBC-tarief of de klassentoeslag.

26.4.3. Uitsluitingen

Verpleging in de laagste klasse vergoeden wij niet uit uw aanvullende zorgverzekering; deze wordt vergoed uit de hoofdverzekering.

Verpleging in een 2^e klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland, vergoeden wij uit de hoofdverzekering.

Verpleging in een hogere klasse vergoeden wij niet als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) voor medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

26.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

26.5. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.5.1. Zorg die wij vergoeden

- Liggelduitkering. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis), geven wij u een vast bedrag per dag. Dat kunt u naar eigen wens besteden aan bijvoorbeeld huur van televisie, telefoon, internet en radio.
- Compensatie-uitkering. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis), geven wij u een vast bedrag per dag voor de periode van verblijf in een dergelijke instelling in Nederland of uw woonland waarin geen kamer voor maximaal twee personen beschikbaar is.
- Luxe arrangement. Als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis, niet zijnde een revalidatiecentrum), vergoeden wij de kosten van een luxe arrangement / comfortpakket. Vanuit dit luxe arrangement ontvangt u bijvoorbeeld luxe, zelf samengestelde maaltijden, frisdrank, koffie en thee, krant, TV en telefoon.
- Televisie, telefoon, internet en radio. De verzekerde vanaf 18 jaar heeft recht op vergoeding van huurkosten voor televisie, telefoon, internet en radio die in rekening zijn gebracht tijdens ziekenhuisverblijf.
- Reiskosten partner. De verzekerde vanaf 18 jaar heeft recht op vergoeding van reiskosten gemaakt door zijn/haar partner naar en van het ziekenhuis in Nederland of het woonland waar de verzekerde verblijft. Vergoed worden de kosten van openbaar vervoer 2e klasse, of eigen

vervoer op basis van gereden kilometers via de kortst mogelijke route.
Hoe hoog de uitkering of vergoeding is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

26.5.2. Voorwaarden

Algemeen

- U dient bij ons een verzoek in voor de liggeld- of compensatie-uitkering als u wordt opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis).
- Als u in het buitenland bent opgenomen, moet u zelf de liggelduitkering of compensatie-uitkering aanvragen.
- Als het verblijf twee aaneengesloten kalenderjaren bestrijkt, wordt slechts éénmaal de maximale liggelduitkering of compensatie-uitkering gedaan.

Toelichting

Stel, u hebt een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op een liggelduitkering van € 100,- voor maximaal 30 dagen per kalenderjaar. Als er sprake is van een ziekenhuisopname op bijvoorbeeld 5 juni en een ontslagdatum van 7 juli dan bent u 33 dagen opgenomen geweest (26 dagen in juni en 7 dagen in juli). U krijgt in dat geval € 100,- per dag en maximaal 30 dagen is in totaal € 3.000,- als "liggeld" uitgekeerd. Maar wordt u opgenomen op 7 december en u wordt ontslagen op 15 januari dan bent u 40 dagen opgenomen geweest (25 dagen in december en 15 dagen in januari). U krijgt in dat geval € 100,- per dag en maximaal 30 dagen is in totaal € 3.000,- als "liggeld" uitgekeerd. U hebt namelijk het jaarmaximum van het eerste jaar "opgebruikt". Wordt u in het tweede jaar opnieuw opgenomen dan hebt u weer recht op maximaal 30 dagen liggelduitkering.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een arts schrijft de opname voor.

26.5.3. Uitsluitingen

- a. Wij keren geen liggeld of compensatie uit als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) voor medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis;
- b. Wij vergoeden geen aansluit-, verbindings- of gesprekskosten voor telefoon of internet;
- c. Wij vergoeden onder dit artikel niet de kosten voor medisch specialistische zorg en de samenhangende klinisch bijkomende kosten.

26.6. Zittend ziekenvervoer

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.6.1. Zorg die wij vergoeden

In bepaalde gevallen vergoedt uw hoofdverzekering het zittend ziekenvervoer van en naar een zorgverlener per huurauto, eigen auto of taxi gedeeltelijk. U betaalt hieraan per jaar zelf een bedrag (de eigen bijdrage). De hoogte van dit bedrag is wettelijk vastgesteld. Daarnaast geldt een maximum vergoeding per gereden kilometer. Hogere kosten betaalt u zelf. In andere gevallen vergoedt de hoofdverzekering niets en betaalt u zelf alle kosten.

De aanvullende zorgverzekering:

- a. vergoedt de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de hoofdverzekering per jaar moet betalen voor zittend ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, huurauto, eigen auto of taxi;
- b. geeft tot een bepaald bedrag per kilometer een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de hoofdverzekering bij gebruik van huurauto, eigen auto of taxi. Het gaat daarbij om de kilometers die u gedeeltelijk vergoed krijgt uit de hoofdverzekering;
- c. vergoedt de kosten voor zittend ziekenvervoer per taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch-specialistische zorg of huispraktijk van een medisch-specialist en terug, als u geen vergoeding krijgt uit de hoofdverzekering;

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- d. vergoedt de kosten voor zittend ziekenvervoer per huurauto of eigen auto binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch-specialistische zorg of huispraktijk van een medisch-specialist en terug, als u geen vergoeding krijgt uit de hoofdverzekering.

Op het Vergoedingen Overzicht staat of de eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de (aanvullende) kilometervergoeding is.

26.6.2. Voorwaarden

Algemeen

- De vergoedingen gelden per vervoerde kilometer;
- Bij de berekening van de afstand gaan wij uit van de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.
- Het zittend ziekenvervoer houdt verband met een medisch onderzoek of medische behandeling die (gedeeltelijk) op grond van de hoofdverzekering of de aanvullende zorgverzekering wordt vergoed.

Aanvullende voorwaarde voor 26.6.1.c. en 26.6.1.d.:

- De behandelend medisch-specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch-specialist schrijft het ziekenvervoer voor, als het gaat om het zittend ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.a. of b.

Verwijzing

Niet vereist.

Zorgverlener

- Het ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.a. vindt plaats met een erkende vergunninghoudende taxivervoerder, het openbaar vervoer of door gebruik te maken van uw eigen auto of huurauto;
- Het ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.b. vindt plaats met een erkende vergunninghoudende taxivervoerder of door gebruik te maken van uw eigen auto of huurauto;
- Het ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.c. vindt plaats met een erkende vergunninghoudende taxivervoerder;
- Het ziekenvervoer genoemd onder artikel 26.6.1.d. vindt plaats met een huurauto of eigen auto.

Plaats

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

26.6.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;
- b. de kosten van een helikoptervlucht bij een tijdelijk verblijf buiten uw woonland;
- c. de kosten van ziekenvervoer in verband met AWBZ-zorg;
- d. de kosten die met het verplicht en/of vrijwillig gekozen eigen risico van uw hoofdverzekering worden verrekend, behalve als op het Vergoedingen Overzicht staat dat u ook daarvoor verzekerd bent;
- e. de kosten die voor uw rekening blijven uit uw zorgverzekering op natura basis als gevolg van een lagere vergoeding, omdat de zorgverlener of leverancier geen overeenkomst met ons heeft;
- f. kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat.

26.6.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

26.7. Herstellingsoord

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.7.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het verblijf in een door ons geselecteerd herstellingsoord in verband met herstel van een lichamelijke aandoening. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

26.7.2. Voorwaarden

Algemeen

Als het verblijf aaneengesloten over twee jaren verspreid is en uw aanvullende zorgverzekering een maximaal bedrag vergoedt, wordt maar eenmaal die maximale vergoeding verleend.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

26.7.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet het verblijf in een herstellingsoord, als u op grond van de AWBZ aanspraak hebt op dezelfde of vergelijkbare zorg.

26.7.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

26.8. Eigen bijdrage thuiszorg of hospice

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.8.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor:

- a. huishoudelijke verzorging zoals die is vastgelegd in de Wmo en wordt uitgevoerd door de gemeente waar u woont;
- b. persoonlijke verzorging en verpleging zoals die is opgenomen in de AWBZ, gedeclareerd wordt door het CAK en verleend wordt bij u thuis of tijdens een verblijf in een hospice of bijnaathuis-huis.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

26.8.2. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. de eigen bijdrage die ingehouden is op een Persoonsgebonden Budget (PGB);
- b. de (eigen bijdrage of) kosten in verband met verblijf in een instelling waaronder bijvoorbeeld begrepen kosten voor maaltijden, huur van telefoon en tv, aansluiting voor internet, etc.

26.8.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag

of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

26.9. Ondersteuning thuissituatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.9.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten voor :

- a. 24-uurs verzorging als sprake is van een chronisch ziektegeval;
- b. zorgondersteuning na een ziekenhuisverblijf.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

26.9.2. Voorwaarden

Algemeen

Er moet sprake zijn van onoplosbare problemen in de thuissituatie waardoor ondersteuning door middel van professionele hulp nodig is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij bemiddelen als u professionele ondersteuning nodig hebt.

Voorbeeld

Deze ondersteuning kan diensten betreffen zoals een nanny-service, een hondenuitlaatservice of een hulp voor onvermijdelijke huishoudelijke werkzaamheden.

26.9.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

26.10. Kinderopvang

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

26.10.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden kosten voor kinderopvang. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

26.10.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. De kinderopvang betreft uw kind(eren) tot 14 jaar;
- b. De verzorgende ouder die is opgenomen in een instelling voor medisch-specialistische zorg, of het kind waarvoor de kinderopvang is afgesproken, heeft een aanvullende zorgverzekering die recht geeft op vergoeding van kinderopvang;
- c. De vergoeding begint op een bepaalde dag gerekend vanaf de opname van de verzorgende ouder. Welke dag dat is staat op uw Vergoedingen Overzicht;
- d. De kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al hebt geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg;
- e. Wij vergoeden alleen als u een nota heeft ingediend van het kindercentrum of de gastouder.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Zorgverlener

De kinderopvang vindt plaats bij een geregistreerd kindercentrum of een geregistreerde gastouder.

26.10.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

27. BUITENLAND

27.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

27.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (de kosten van) spoedeisende zorg die u ondergaat tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland. Deze kosten vallen geheel of gedeeltelijk buiten de voorwaarden van de hoofdverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering. U hebt recht op spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland zoals vermeld staat op uw Vergoedingen Overzicht. Afhankelijk van uw aanvullende zorgverzekering gaat het om:

- a. kosten die u in het buitenland maakt en die uw hoofd- of aanvullende zorgverzekering ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt.
De voorwaarden, uitsluitingen, eigen bijdragen, eigen risico, etc. die gelden voor de vergoeding voor de zorg in Nederland of uw woonland, zijn dus ook van toepassing als u de kosten van de zorg in het buitenland maakt.
Wij vergoeden de kosten volgens de tarieven die gelden in het land waar u de kosten maakt. De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Wij vergoeden de hogere kosten vanuit de aanvullende zorgverzekering. Dat doen we echter niet onbeperkt; wij hanteren de tarieven zoals die in Nederland gebruikelijk (marktconform) zijn. De aanvullende zorgverzekering vergoedt die hogere kosten van buitenlandse zorg tot het maximum tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;
- b. een tandheelkundige behandeling door een tandarts;
- c. het terug naar huis brengen van de zieke verzekerde (repatriëring) in een ambulance, taxi of huurauto met tussenkomst van onze hulpdienst. Dit als medisch noodzakelijke zorg voor een ernstige aandoening niet, niet passend of niet op tijd in de omgeving van uw verblijfplaats in het buitenland kan worden geboden, terwijl die medische zorg wel passend en op tijd in Nederland of uw woonland (als u niet in Nederland woont) kan worden geboden. Na overleg met ons kunt u ook van een ander vervoermiddel gebruikmaken als wij u daarvoor een akkoordverklaring geven. Repatriëring beschouwen wij als een bepaalde vorm van ziekenvervoer. In artikel 1. Begripsomschrijvingen staan onder "repatriëring" en "ziekenvervoer" de eisen die wij aan dit vervoer stellen;
- d. begeleiding door een aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. terug naar huis gebracht (gerepatriëerd) wordt. Hoeveel gezinsleden de zieke verzekerde mogen begeleiden, staat in uw Vergoedingen Overzicht;
- e. medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. terug naar huis gebracht (gerepatriëerd) wordt;
- f. vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde uit het buitenland naar Nederland of uw woonland;
- g. toezending van noodzakelijke geneesmiddelen en/of hulpmiddelen;
- h. redding en berging en het regelen daarvan door een bevoegde instantie;
- i. kosten van telecommunicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
- j. medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst (de zogenaamde "reisarts") voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Toelichting

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Bijvoorbeeld voor uw bagage maar ook omdat repatriëring in veel gevallen niet onder de voorwaarden van uw (aanvullende) zorgverzekering valt.

Voorbeelden

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het repatriëren van een overledene valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende zorgverzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

27.1.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de hoofdverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- b. De zorg is spoedeisend;
- c. De zorg is medisch noodzakelijk;
- d. Het bedrag dat u declareert, voldoet aan de gebruikelijke tarieven die gelden in het land waar u tijdelijk verblijft;
- e. De zorg is niet het gevolg van een van tevoren bedacht plan om buiten uw woonland behandeld te worden;
- f. De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- g. Als u bij ons kosten voor zorg in het buitenland declareert, vergoeden wij deze aan u. Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- h. U moet geheel medewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten.

Zorgverlener

- Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg.
- Een leverancier die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, levert de goederen.
- De zorgverlener en de leverancier voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

27.1.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. het vervoer per helikopter en vliegtuig in of vanuit het buitenland, ook al is dit vervoer noodzakelijk voor redding, vervoer van zieken of slachtoffers van ongevallen, of anderszins, behoudens onze toestemming in individuele situaties;
- b. de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden geneesmiddelen en/of hulpmiddelen.

27.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

27.2. Preventie voor reizen naar buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

27.2.1. Zorg die wij vergoeden

Ter voorkoming van een ziekte vergoeden wij:

- a. tabletten tegen:
 - 1) malaria;
 - 2) tyfus.
- b. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) difterie;
 - 2) tetanus;
 - 3) polio;
 - 4) hepatitis-A;
 - 5) hepatitis-A/B (combinatievaccin);
 - 6) gele koorts;
 - 7) tyfus.
- c. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) hepatitis-B;
 - 2) tuberculose;
 - 3) meningitis;
 - 4) Japanse encefalitis;
 - 5) tekenencefalitis;
 - 6) rabiës (hondsdolheid).
- d. een injectie tegen de volgende (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen:
 - 1) cholera.
- e. preventieve injecties en preventieve geneesmiddelen in verband met een (vakantie)reis naar een land met een verhoogd risico op (tropische) infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

27.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- U gaat op reis (voor vakantie of zaken) naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve injecties of - geneesmiddelen worden voorgeschreven;
- De preventieve injecties of - geneesmiddelen zijn niet onnodig kostbaar of ondoelmatig.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u wijzen op zorgverleners en leveranciers met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Voorschrift

Een (bedrijfs)arts of zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.) schrijft de preventieve middelen of preventieve injecties voor en geeft deze.

Leverancier

Een apotheek, een G.G.D. of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve injecties.

27.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

27.3. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

27.3.1. Zorg die wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van kosten zoals vermeld staat op uw Vergoedingen Overzicht:

- a. voor zorg buiten uw woonland;
- b. voor zorg buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

27.3.2. Voorwaarden

Algemeen

- a. De zorg komt volgens het voor u geldende Vergoedingen Overzicht van de door u gesloten aanvullende zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking. Het moet dus zorg betreffen, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden;
- b. De medische kosten in het buitenland worden ten hoogste vergoed volgens de tarieven in Nederland of in uw woonland;
- c. De voorwaarden die staan vermeld bij de afzonderlijke vergoedingen van de aanvullende zorgverzekeringen blijven van kracht.

Zorgverlener

- Een zorgverlener die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, verleent de zorg;
- Een leverancier die in het buitenland waar u tijdelijk verblijft gevestigd is, levert de diensten en goederen;
- De zorgverlener en de leverancier voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

27.3.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten voor vervoer naar en vanuit het buitenland.

27.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

28. AFWIJKENDE BEPALINGEN

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of de afwijking hieronder op uw (aanvullende zorg)verzekering van toepassing is.

28.1. Algemeen

Op uw aanvullende zorgverzekering kunnen bepalingen gelden die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden hiervoor of die de verzekeringsvoorwaarden aanvullen. Deze bepalingen kunnen ook gelden voor uw hoofdverzekering als dit geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet is.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of de afwijkende of aanvullende bepaling voor u geldt. Deze staat daar dan genoemd met een verwijzing naar dit artikel.

28.2. Afwijkende en aanvullende bepalingen

28.2.a. Niet-zorgverzekering

- 1) Uw hoofdverzekering is geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Dit noemen wij een "niet-zorgverzekering". Deze niet-zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als u geen plicht heeft zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- 2) Uw niet-zorgverzekering eindigt:
 - als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet;
 - als u verhuist naar een ander land;
 - als u woont in een andere EU-lidstaat dan Nederland, een EER-Lidstaat of een Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten. Daarbij heeft u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 recht op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EER-Lidstaat of dat Verdragsland. U moet ons een afschrift geven van uw inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.

- 3) Voor u gelden de volgende regels voor het eigen risico:
 - U kunt kiezen voor eigen risico bedragen van € 100, € 200, € 300, € 400 en € 500 per verzekerde per jaar;
 - Alle leden van uw gezin kiezen hetzelfde eigen risico bedrag;
 - Het gezins eigen risico bedraagt maximaal tweemaal het eigen risico dat u per verzekerde hebt gekozen;
 - In de loop van het jaar wordt het gezins eigen risico verminderd met de kosten die onder de dekking vallen. U betaalt deze kosten zelf totdat het totaal daarvan gelijk is aan het gehele gezins eigen risico per jaar. Dat eigen risico is zodoende tot € 0,00 teruggebracht. Daarna krijgt u in dat jaar de verzekerde kosten van ons volgens de verzekeringsvoorwaarden vergoed. In januari van het jaar daarop bepalen wij opnieuw de hoogte van het gezins eigen risico. U begint dan weer van voren af aan met het afbouwen van het gezins eigen risico;
 - Het gezins eigen risico wordt niet verminderd met eigen bijdragen of overstijging van een maximum vergoeding.

28.2.b. Begin, duur en einde van een aanvullende zorgverzekering

- 1) Deze aanvullende zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als:
 - u geen plicht heeft zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
 - u woont in een EU-lidstaat (anders dan Nederland), een EER-Lidstaat of een Verdragsland waarmee Nederland een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag heeft gesloten; en
 - u op grond van dat verdrag of van de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71 recht op zorg of vergoeding van de kosten. Deze zorg of vergoeding is voor rekening van Nederland, EER-Lidstaat of dat Verdragsland; en
 - u ons een afschrift hebt gegeven van uw inschrijvingsbewijs van het uitvoeringsorgaan of van de verzekeraar van de sociale of wettelijke verzekering van die EU-Lidstaat, EER-Lidstaat of dat Verdragsland.
- 2) Uw aanvullende zorgverzekering eindigt als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.
- 3) Uw aanvullende zorgverzekering eindigt als u verhuist naar een ander land dan waar u woonde toen de aanvullende zorgverzekering van kracht werd.
- 4) Deze aanvullende zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als:
 - u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
 - u bij ons een Zorgverzekering Natura hebt gesloten met het hoogste vrijwillig eigen risico (€ 500,- per verzekerde per jaar); en
 - u deelneemt aan een collectieve overeenkomst op basis waarvan u deze aanvullende zorgverzekering hebt kunnen sluiten; en
 - u hebt geen andere aanvullende zorgverzekeringen gesloten.Deze aanvullende zorgverzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.
- 5) Deze aanvullende zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als:
 - u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- u bent ingeschreven bij een Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) van de Nederlandse Gemeenten, die met ons een collectieve overeenkomst heeft gesloten. Deze inschrijving is gebaseerd op een uitkeringsrecht. Dit uitkeringsrecht is genoemd in de collectieve overeenkomst of is op grond van die collectieve overeenkomst daarmee gelijkgesteld.
Deze aanvullende zorgverzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.
- 6) Deze aanvullende zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als:
 - u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
 - de Collectieve Arbeids Overeenkomst (CAO) voor het Ziekenhuiswezen of de Bejaardenoorden voor u geldt.Deze aanvullende zorgverzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarden.
- 7) De Verdragspolis kunt u alleen voor uzelf en uw (fictief) medeverzekerde sluiten als u verdragsverzekerde bent.
De Verdragspolis en uw aanvullende zorgverzekering eindigen voor u en uw (fictief) medeverzekerde als:
 - u volgens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU/EER/Zwitserland; of
 - u geen recht meer hebt op medische zorg voor rekening van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.
- 8) Deze aanvullende zorgverzekering kunt u alleen afsluiten als u voor rekening van de AWBZ verblijft in een instelling voor gehandicapten waarmee wij een collectieve overeenkomst voor een ziektekostenverzekering hebben gesloten.
Deze aanvullende zorgverzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarde.
- 9) U kunt per gezinslid bepalen welke aanvullende verzekering u sluit.
- 10) Voor uw kinderen tot 18 jaar en eventuele andere gezinsleden betaalt u geen premie voor hun aanvullende zorgverzekering als:
 - u werknemer bent van de collectiviteit waarvoor deze bepaling geldt; en
 - u en uw gezinsleden zich hebben aangemeld voor dezelfde aanvullende zorgverzekeringen binnen de collectiviteit; en
 - uw gezinsleden vallen onder de zogenoemde Overgangsregeling 2006.
- 11) Meegroeiservice.
In een aantal gevallen kunt u uw aanvullende zorgverzekering wijzigen. Zie daarvoor ook de Toelichting. Dit kan maximaal één keer per jaar; de wijziging kunt u telefonisch aanvragen. De nieuwe aanvullende zorgverzekering gaat dan in op de eerste dag van de volgende maand nadat u de wijziging hebt aangevraagd. U kunt de nieuwe aanvullende zorgverzekering ook later in laten gaan.

Toelichting

U kunt uw aanvullende zorgverzekering bijvoorbeeld wijzigen bij zwangerschap, adoptie, scheiding, huwelijk, samen gaan wonen, verlies van werk, overlijden, verhuizing, pensionering of als uw kinderen het huis uit gaan.

28.2.c. Zorg en kosten die wij (niet) vergoeden

- 1) Uw aanvullende zorgverzekering geeft een aanvullende dekking op de zorg en kosten die u vergoed krijgt vanuit de gezondheidszorg of de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland.
Kosten die u niet of niet volledig vergoed krijgt uit uw woonland, maar die wel onder de zorgverzekering in Nederland zouden vallen, krijgt u vergoed uit uw aanvullende zorgverzekering.
De gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, samen met deze aanvullende zorgverzekering, voorzien in een dekking van kosten in uw woonland. De omvang is daarmee gelijk aan de dekking van de zorgverzekering als u diezelfde kosten in Nederland zou hebben gemaakt.
- 2) Uw aanvullende zorgverzekering geeft u als u buiten Nederland maar binnen Europa woont, dezelfde vergoeding als aan verzekerden die in Nederland wonen.

VERZEKERINGSVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

- 3) Uw aanvullende zorgverzekering geeft u, een missionaris, tijdens uw verblijf en werkzaamheden in het buitenland geen recht op vergoeding van kosten.
- 4) Uw aanvullende zorgverzekering geeft geen recht op vergoeding van kosten voor:
 - zorg die zuiver arbeidsgerelateerd of arbeidsrelevant is;
 - zuiver cosmetische of esthetische chirurgie;
 - verwijdering van overtollig lichaamsvet.
- 5) De Verdragspolis geeft geen recht op vergoeding van kosten voor zorg die van overheidswege voor rekening komen van de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van het land waaruit u uw inkomsten ontvangt.

28.2.d. Premie

Op uw (aanvullende) zorgverzekering passen we de premie aan als u de leeftijd bereikt van 18, 30, 40, 50, 60 en 70 jaar. De premiewijziging gaat in op de eerste dag van de volgende maand nadat u de betreffende leeftijd bereikt.

28.2.e. Duur van een aanvullende zorgverzekering

De aanvullende zorgverzekering waarop deze bepaling van toepassing is, sluit u voor minimaal drie volledige jaren af.